

Mônica Nunes
Maurice de Torrenté
Adriana Prates
(Org.)

O Otimismo das Práticas

Inovações Pedagógicas e Inventividade Tecnológica
em uma Residência Multiprofissional em Saúde Mental



O Otimismo das Práticas

Inovações Pedagógicas e Inventividade Tecnológica
em uma Residência Multiprofissional em Saúde Mental

UNIVERSIDADE FEDERAL DA BAHIA

Reitor

João Carlos Salles Pires da Silva

Vice-Reitor

Paulo Cesar Miguez de Oliveira

Assessor do Reitor

Paulo Costa Lima



EDITORA DA UNIVERSIDADE FEDERAL DA BAHIA

Diretora

Flávia Goulart Mota Garcia Rosa

Conselho Editorial

Alberto Brum Novaes

Angelo Szaniecki Perret Serpa

Caiuby Alves da Costa

Charbel Niño El Hani

Cleise Furtado Mendes

Dante Eustachio Lucchesi Ramacciotti

Evelina de Carvalho Sá Hoisel

José Teixeira Cavalcante Filho

Maria do Carmo Soares Freitas

Maria Vidal de Negreiros Camargo

*Mônica Nunes
Maurice de Torrenté
Adriana Prates
(Org.)*

O Otimismo das Práticas

Inovações Pedagógicas e Inventividade Tecnológica
em uma Residência Multiprofissional em Saúde Mental

Salvador
EDUFBA
2015

2015, Autores

Direitos dessa 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.

Capa e Projeto Gráfico

Ana Carolina Matos e Marcello Vanzillotta Filho

Fotos da Capa

Rosa Oliveira (4ª capa)/Talbert Igor (orelha)

Revisão e Normalização

Equipe da Edufba

Sistema de Bibliotecas – UFBA

O Otimismo das práticas : inovações pedagógicas e inventividade tecnológica em uma residência multiprofissional em saúde mental / Mônica Nunes, Maurice de Torrenté, Adriana Prates (organizadores). - Salvador : EDUFBA, 2015.
507 p.

ISBN 978-85-232-1352-7

1. Saúde mental. 2. Formação profissional . 3. Ética. 4. Serviços de saúde mental - Salvador (BA) . 5. Enfermagem psiquiátrica. 6. Centro de Atenção Psicossocial - CAPS. I. Nunes, Mônica. II. Torrenté, Maurice de. III. Prates, Adriana.

CDD - 362.2

Editora afiliada à



Editora da UFBA

Rua Barão de Jeremoabo
s/n – Campus de Ondina
40170-115 – Salvador – Bahia
Tel.: +55 71 3283-6164
Fax: +55 71 3283-6160
www.edufba.ufba.br
edufba@ufba.br

Sumário

PREFÁCIO

- Formação especializada em saúde mental** 9
quando a crítica é bem-vinda

Jairnilson Silva Paim

- Refletindo sobre a prática de uma residência** 17
multiprofissional em saúde mental – produções
epistemológicas e pedagógicas

Mônica Nunes

- A ética no campo da saúde mental** 49
reflexões a partir de uma residência multiprofissional

Maria Thereza Ávila Dantas Coelho

- Corporeidade e saúde mental** 65
rompendo dicotomias, buscando interfaces

Claudia Miranda Souza

- À terceira margem** 85
o ser/estar residente em uma estratégia de educação
permanente para a formação de trabalhadores no campo da
saúde mental

Priscila Coimbra Rocha e Renata Maria de Oliveira Costa

- O lugar e o papel do cientista social nas** 109
equipes interdisciplinares em saúde mental

Maurice de Torrenté, Adriana Prates e Alba Borges

O Lugar da Enfermagem na saúde mental 143
encontros e desencontros

Amanda Marques dos Santos e Renata Maria de Oliveira Costa

A práxis do Projeto Terapêutico Singular e Integral 159
um convite para o direcionamento e a
ampliação da clínica em saúde mental

Adelly Rosa Orselli Moraes e Suely Galvão Barreto

**Relações possíveis entre corpo urbano e
corpo subjetivo** 183
a experiência de usuários da rede de saúde
mental de Salvador/BA

Monique Brito

**Interfaces entre a política e a clínica na atenção
aos usuários de substâncias psicoativas** 199

Patrícia von Flach e Antonio Nery Filho

**A redução de danos aplicada ao
tratamento da drogadição** 217
relato de experiências bem sucedidas no
CAPSad de Salvador

Adriana Prates

Para não dizer que não falei das flores... 241
um relato de acompanhamento na comunidade de
um grupo de mulheres que sofrem com o uso de
substâncias psicoativas

Mabel Jansen e Suely Galvão Barreto

A residência no CAPSi especificidades do cuidado na saúde mental infanto-juvenil <i>Vlândia Jucá</i>	263
Desafios na construção de um CAPSi <i>Suely Galvão Barreto</i>	287
Oficina do brincar o lúdico no universo terapêutico <i>Sinthia Novaes Oliveira e Claudia Miranda Souza</i>	307
A potência do brincar no cuidado relato de caso <i>Lúvia Graziela Moreira Ribeiro</i>	325
Acompanhamento no território uma experiência no CAPSad <i>Patrícia Silva Oliveira e Suely Galvão Barreto</i>	345
Caso Coisinho mergulhar para conhecer <i>Lygia Silva Pedreira de Freitas</i>	359
Atenção domiciliar em saúde mental conhecendo histórias, construindo laços, descobrindo caminhos, tecendo redes, suscitando sujeitos <i>Francine Melo e Patricia von Flach</i>	383
Romper a incabível prisão abrindo cárceres com cuidado <i>Priscila Coimbra Rocha, Itatyane Nascimento e Renata Maria de Oliveira Costa</i>	401

A desinstitucionalização do louco infrator o calcanhar de Aquiles da reforma psiquiátrica na Bahia?	421
<i>Elielma Carvalho dos Santos e Patricia von Flach</i>	
Terrenos educativos em uma residência multiprofissional, na Bahia-Brasil re(orientação) da formação de profissionais e o cuidado em saúde mental	443
<i>Mônica Lima, Lívia Santos e Diego Araújo</i>	
POSFÁCIO	
O importante são as obras, não os autores o guerreiro do tempo contra o dragão da impermanência	483
<i>Mônica Nunes</i>	
Sobre os Autores	499
Anexos	505

Prefácio

Formação especializada em saúde mental quando a crítica é bem-vinda

Jairnilson Silva Paim¹

Este livro apresenta um decálogo de ousadias. Primeiro, por valorizar a educação de pessoas que vão cuidar da saúde mental de outras tantas. Segundo, por realizar essa formação especializada de forma multiprofissional para graduados de psicologia, terapia ocupacional, educação física, ciências sociais, enfermagem, serviço social, entre outros. Terceiro, por optar pela especialização, sob a modalidade de residência que, a todo momento, coloca o desafio da práxis. Quarto, por tomar como cenários de práticas o Sistema Único de Saúde e os territórios onde pulsa a vida como ela é. Quinto, por acionar uma complexa engenharia de gestão, articulando instituições com tradições e lógicas distintas, como um instituto acadêmico, uma escola de saúde pública, uma secretaria municipal de saúde, uma secretaria estadual de saúde e o Ministério da Saúde. Sexto, por reiterar no projeto pedagógico e nas lutas institucionais compromissos com os princípios e diretrizes da Reforma Psiquiátrica e com o movimento sanitário brasileiro. Sétimo, por experimentar propostas potencialmente inovadoras como a clínica ampliada, a redução

1 Professor Titular em Política de Saúde do Instituto de Saúde Coletiva da Universidade Federal da Bahia.

de danos, projeto terapêutico singular e oficinas de brincar. Oitavo, por entender as práticas de saúde como processo de trabalho, interação, saber operante e trabalho reflexivo. Nono, por incentivar a pesquisa e a reflexão entre residentes e docentes. Décimo, por registrar processos e produtos do trabalho de residentes, preceptores e professores através de textos que se movimentam entre conhecimentos e ideologias.

Os textos que compõem o livro falam por si. Outras tantas ousadias poderão ser identificadas pelo leitor. Ao prefaciador resta assinalar pontos para reflexão e esboçar algumas perguntas. Portanto, o decálogo acima mencionado não esgota a riqueza dos relatos de experiência aqui reunidos. Apenas sugere um conjunto de desafios postos para os sujeitos constituídos nesses processos. Trata-se de uma tentativa de interlocução com os autores do texto e de diálogo com militantes da Reforma Psiquiátrica. A crítica, nessa perspectiva, pode ser necessária e talvez bem-vinda. Não a crítica que imobiliza ou desqualifica, mas aquela que incita, radicaliza e transforma.

Crítica, isto é, avaliação racional para discernir entre verdade e ilusão, a liberdade e a servidão, investigando as causas e condições dos preconceitos individuais e coletivos, das ilusões e enganos das teorias e práticas científicas, políticas e artísticas, dos preconceitos religiosos e sociais, da presença e difusão de formas de irracionalidade contrárias ao exercício do pensamento, da linguagem e da liberdade. (CHAUÍ, 2010, p. 35)

Há muita crítica nesse conjunto de textos. O compromisso ético com o cuidado demonstrado pelos residentes e docentes traduz-se em indignação diante das condições da organização e funcionamento dos serviços, dos preconceitos de profissionais de saúde e dos obstáculos político-institucionais para as mudanças necessárias à implementação da Reforma Psiquiátrica.

Mesmo que os limites entre ciência e ideologia não sejam nítidos nem rígidos precisamos identificar as crenças, opiniões e senso comum que

habitam nossos discursos e orientam as nossas práticas. Aquilo que incorporamos da família, da mídia, da escola, do cotidiano, das corporações profissionais, das correntes teóricas e do saber prático tem que passar, necessariamente, pelo crivo da crítica. Como lembra a filósofa, “acreditamos ser clara a diferença entre a saúde mental e a loucura, ou entre a razão e a desrazão, assim como entre estar acordado e estar sonhando”. (CHAUI, 2010, p. 13) Mas na prática técnico-científica há que duvidar e perguntar sempre. Não só o que sentimos e porque sentimos, mas especialmente o que pensamos e porque pensamos dessa forma e não de outra. Quais os fundamentos do meu argumento e quais as pretensões de validade do nosso interlocutor?

Esta recusa ao senso comum, indagando o que, por que, como e para que representa uma atitude crítica. Todavia, fundamentar a crítica deve ser uma das preocupações e responsabilidades centrais da universidade, seja na pesquisa, no ensino ou na cooperação técnica, o que implica “determinar pelo pensamento, de maneira lógica, metódica, organizada e sistemática o conjunto de princípios, causa e condições de alguma coisa”. (CHAUI, 2010, p. 29) Assim, entre os valores a serem destacados na Residência Multiprofissional em Saúde Mental (RMSM) deve ser o compromisso com a busca de fundamentação teórica, crítica, científica e técnica que confira qualidade e efetividade à intervenção.

Trata-se no caso de uma intervenção complexa no âmbito das práticas de saúde mental, apoiada pelo campo científico da Saúde Coletiva. Não se limita a uma mera aplicação de técnicas e saberes das diferentes áreas profissionais que integram a Residência. Envolve um âmbito de práticas, com seus distintos objetos e meios de trabalho na dependência das finalidades que, em última análise, pressupõe a mudança das relações sociais. Esta prática que, ao tempo que é técnico-científica, é essencialmente social requer sujeitos capazes de operar transformações. Este é o desafio maior posto para a Residência que se sobressai da leitura desses textos.

Na medida em que essas transformações deparam-se com uma dada distribuição do poder institucional, setorial e societário, pode-se supor

que a Política, o Planejamento e a Gestão (PP&G) representem, também, meios de trabalho a serem acionados na formação dos residentes. Do mesmo modo que há um lugar das Ciências Sociais na Saúde Coletiva, deve haver um espaço para a PP&G na formação em saúde mental.

Um nível de análise é o cuidado. Outro, completamente distinto, é o referente à gestão do cuidado, dos serviços, dos estabelecimentos, das redes, das instituições e do sistema. Nesses níveis poder é uma categoria analítica que se impõe. Não apenas enquanto tecnologia de poder da biomedicina, mas como recurso, capacidade e relação, seja na sociedade, no Estado e nos seus aparelhos. Esta é uma das lacunas identificadas nas linhas e nas entrelinhas no conjunto dos textos, além de uma possível explicação para certa perplexidade identificada em algumas passagens do livro. Não é de bom alvitre naturalizar ou psicologizar questões organizativas e de gestão. O pensamento estratégico e a ação política podem ser uma resposta à desolação e à impotência presentes em alguns discursos dos autores.

Manejar a técnica de “comer pelas bordas”, evitar confrontações e investir em alianças, como assinala um dos textos, pode ser um indicativo de aproximação a tal resposta, mesmo quando a incerteza é grande. A aposta nas pessoas, nos afetos e no desencadeamento de processos não pode estar distante da política e da estratégia. Não deve ser alheia, também, aos riscos dos dogmatismos, sectarismos, maniqueísmos, modismos e proselitismos, tão presentes em processos de reforma.

Propostas como desinstitucionalização, clínica ampliada, e Projeto Terapêutico Singular (PTS) devem passar pelo crivo da crítica, da pesquisa e da experimentação, ainda que presentes no conteúdo propositivo das políticas de saúde mental e de humanização. Não podem ser adotadas como crenças em todos os lugares, para todas as pessoas e situações, nem em qualquer tempo. As dificuldades identificadas concretamente pelos residentes nos seus cenários de prática talvez sugeriram que os sujeitos não aderem, fácil e impunemente às ideologias produzidas. Não por serem padronizadas ou prescritivas, mas por que as tecnologias

expressam relações sociais. Entendidas como tecnologias de cuidado e de gestão do trabalho em Saúde Mental, pensadas e experienciadas, conforme algumas autoras, requerem validação para serem reconhecidas como potente dispositivo tendo em vista a emancipação dos sujeitos em sociedades concretas e não idealizadas pelas boas intenções e arroubos revolucionários de intelectuais da saúde. Ainda que não caiba falar em cura ou tratamento bem sucedido o cuidado em saúde mental precisa qualificar as possibilidades de desfecho e critérios para sua gradação. Não basta denunciar o senso comum, mas identificar alternativas técnico-científicas. Os relatos de casos e de experiências de cuidado expostos neste livro parecem um caminho produtivo nessa perspectiva. Não deve ser por acaso que um dos textos apresenta sugestões para a construção e operacionalização do PTS que passam por alguma forma de sistematização, organização e gerenciamento, após realizar uma pesquisa documental que identifica meios como protocolos, roteiros, fichas, plano e cartão de crise. Nada tão distante do trabalho programático em saúde.

Para o estudo de casos, prontuários devem existir bem preenchidos para que cada situação singular possa ser investigada, registrada, diagnosticada, enfim objetivada. Sem objetivação tornam-se problemáticas a pesquisa, a intervenção, a educação dos profissionais e a avaliação de suas práticas. São esses casos analisados e comparados com outros da forma mais objetiva possível que permitirão identificar certas regularidades e compor um repertório, a partir do qual, possa ser validada uma intervenção. Ainda que a clínica admita que cada caso é um caso, ela não deixa de enumerar e descrever sinais, sintomas, situações e circunstâncias comuns a uma série de casos. E a epidemiologia, mesmo partindo da definição de caso da clínica, formula e testa hipóteses, aceitando uma dada margem de erro para fazer generalizações.

Obviamente que não se pretende prescrever o positivismo como recurso único para a produção da ciência. Mas não é aconselhável desprezar objetivações possíveis de serem operadas pela clínica e pela epidemiologia, para orientar o agir comunicativo na elaboração de

normas técnicas ou protocolos assistenciais como referências para o trabalho em saúde mental. Rejeitar, *a priori*, esses meios de trabalho sem uma discussão e investigação das suas possibilidades é reforçar o dogmatismo, tão prejudicial ao trabalho acadêmico, sem diferenciar posições e conhecimentos,

As ciências humanas, ao contrário, procuram distinguir conexões visíveis no plano fenomênico e as conexões reais, indo além da aparência e buscando o movimento real interno. (GODELIER, 1989)

Marx opõe portanto aparência e essência; forma e conteúdo; ilusão e realidade; fenômeno e substrato oculto; manifestação e conexão interna. Essas antinomias fundam a necessidade e a possibilidade de um conhecimento científico. O acesso à “conexão interna” passa por uma desconstrução das aparências. (BENSAÏD, 1999, p. 324)

Nessa perspectiva, se a aparência fosse igual à essência não haveria necessidade de ciência. Nem tudo é questão de ponto de vista. A ilusão da transparência diante de objetos aparentemente conhecidos e familiares, precisa ser superada pela crítica, pelo rigor e pelo método. A ênfase na pesquisa, supervisão e discussão de casos clínicos na Residência já é meio caminho andado que precisa ser valorizado e reforçado. Talvez, como assinala um dos textos, não seja monopólio dos cientistas sociais indagar o senso comum e situar politicamente os valores vigentes, mas de todos que se propõem ao trabalho técnico-científico e a uma prática política consequente.

Referências

BENSAÏD, D. *Marx, o Intempestivo: grandezas e misérias de uma aventura crítica*. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 1999. 507 p.

CHAUÍ, M. *Boas-vindas à filosofia*. São Paulo: WMF Martins Fontes, 2010. (v. 1 - Coleção Filosofias: O Prazer do Pensar)

GODELIER, M. *O marxismo e as ciências do homem*. In: HOBBSAWM, E. J. *História do marxismo*. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1989. p. 359-387. v. 11.

Refletindo sobre a prática de uma residência multiprofissional em saúde mental – produções epistemológicas e pedagógicas

Mônica Nunes

INTRODUÇÃO

A nossa intenção nesse capítulo preliminar é falar de uma modalidade muito especial de formação de trabalhadores em saúde mental: a Residência Multiprofissional. No desenho da sua metodologia pedagógica e da sua condução prática inscreve-se a singularidade e o desafio da construção do conhecimento que ela permite e potencializa. Começando pela definição do estatuto desse conhecimento, em não sendo fruto de um empreendimento investigativo, não teria, em uma primeira instância, um caráter científico. Por outro lado, é um conhecimento fundamentado em saberes científicos e fruto de práticas submetidas a análises desenvolvidas a partir de múltiplos níveis de reflexão. Esses níveis de reflexão derivam tanto da frequência e intensidade com a qual as práticas são submetidas a questionamentos teóricos e juízos críticos e éticos, quanto da diversidade de um processo balizado por uma heterogeneidade de

perspectivas interpretativas, advindas de diferentes tradições epistemológicas, aportadas pelos vários campos profissionais envolvidos. Defendemos, portanto, que embora não seja um conhecimento produzido nos moldes clássicos da metodologia científica, são submetidos, no entanto, a critérios de validação de um coletivo, indo além da mera aplicação prática de saberes científicos, como geralmente se observa na prática clínica corriqueira.

Nesse sentido, são conhecimentos que envolvem um alto grau de reflexividade na sua construção, o que se processa em um empreendimento de cunho hermenêutico. (RICOEUR, 1976) Além disso, esses conhecimentos não se restringem aos saberes produzidos no campo de cada profissão envolvida no processo de formação, já que têm por objetivo superar os saberes especializados. Finalmente, são saberes que questionam os parâmetros e dinâmicas habituais de reprodução do conhecimento. (BOURDIEU, 2008) Admitimos, portanto, que o conhecimento produzido no processo da Residência tem a qualidade de um saber denso, transdisciplinar e instituinte.

A *densidade* atribuída a esse saber remonta, embora não equivalha, àquela proposta por Geertz (1978) no seu conceito de descrição densa. Refere-se ao projeto de compreensão de uma realidade (contexto, ou mesmo sujeito) que se dá pela admissão de que a realidade é constituída de estruturas conceituais complexas, que se sobrepõem, ou se entrelaçam, que não têm formas necessariamente regulares, explícitas ou familiares. Precisam, portanto, ser decifradas a partir das suas múltiplas camadas de interpretação, como frequentemente o são, por exemplo, as histórias de usuários, as dinâmicas institucionais, ou os contextos territoriais.

A *transdisciplinaridade* da Residência resulta da criação de um campo de experiências práticas comuns que reúne sujeitos de várias profissões, as quais, para serem apreendidas e analisadas, necessitam de um conjunto de recursos teórico-conceituais que são partilhados entre os vários residentes e preceptores em espaços de aulas teóricas, preceptorias grupais e sessões interdisciplinares. Nesse caso, a produção de um conhecimento

transdisciplinar “[...] baseia-se na possibilidade de comunicação não entre campos disciplinares, mas entre agentes em cada campo, através da circulação não dos discursos (pela via da tradução), mas pelo trânsito dos sujeitos dos discursos.” (ALMEIDA FILHO, 2005, p. 43)

Finalmente, o seu caráter instituinte tem a ver com a possibilidade de desconstruir sistemas discursivos que informam sobre a verdade dos fenômenos (FOUCAULT, 1996), dentre os quais, sobre as formas de conceber o normal e o patológico no campo do mental e, complementarmente, indicar as formas adequadas de lidar com, ou gerir, esses fenômenos. Ser instituinte é a capacidade de reconhecer que regimes discursivos são forjados em relações de poderes e envolvem disputas e estratégias de hegemonia. Bourdieu (1994) chama a atenção para o campo das disputas simbólicas, usando-o na acepção de campo magnético capaz de atrair ou repulsar, com isso posicionando sistemas simbólicos em dados espaços sociais. Essa análise inclui os próprios pressupostos, concepções e sistema de práticas que se defende. Instituir sugere, portanto, munir-se de uma certa consciência dos processos de construção social das realidades, dos fatores que os orientam para certas direções em momentos específicos, para, a partir daí, refletir sobre as melhores maneiras de agir de modo a não reproduzir esquemas enrijecidos, ou opressores, nos quais as pessoas por vezes se colocam, em uma dinâmica de violência simbólica.

Para nos debruçarmos mais detalhadamente sobre a construção desse saber, são necessários alguns movimentos de contextualização. Desse modo, é preciso remontar à gênese da Residência Multiprofissional em Saúde Coletiva, com área de concentração em Saúde Mental (RMSM-ISC), objeto da nossa reflexão, com seu contexto de surgimento, ideais objetivos e principais marcos teóricos que a sustentam do ponto de vista epistemológico e pedagógico passando, em seguida, à análise do seu processo de operacionalização, ancorado em cenários bem concretos de realização prática. Paralelamente, tentaremos pontuar alguns dos desafios encontrados ao longo do processo de concretização desse projeto.

GÊNESE E MARCOS EPISTEMOLÓGICOS

A ideia de criarmos uma Residência Multiprofissional em Saúde Mental nasceu no ano de 2006 e foi progressivamente tomando corpo em ricos momentos de discussões que envolveram um conjunto ampliado de profissionais de diversas categorias e instituições acadêmicas. O processo de desencadeamento dessas reuniões foi conduzido pelo Núcleo de Estudos Interdisciplinares em Saúde Mental (NISAM), ligado ao Instituto de Saúde Coletiva/Universidade Federal da Bahia. O contexto histórico que motivou tal idéia conformava uma política ministerial de saúde mental pró-Reforma Psiquiátrica, o que incidia em um processo de expansão dos serviços substitutivos na Bahia, com a expressiva implantação de Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) em vários municípios e uma implantação bem mais modesta de Serviços Residenciais Terapêuticos (SRT).

Do ponto de vista acadêmico, o NISAM havia iniciado investigações que tinham por objetivo identificar e analisar ações de saúde mental, desenvolvidas em CAPS e em Unidades de Saúde da Família de Salvador. Os resultados dessas pesquisas (JUCÁ; NUNES; BARRETO, 2009; NUNES et al., 2008; NUNES; JUCÁ; VALENTIM, 2007; NUNES; TORRENTÉ, 2009) evidenciavam realidades institucionais com muitas dificuldades em concretizar ações favoráveis ao manejo com pacientes psiquiátricos (no caso das USF), à reinserção social dos usuários, a trabalhar no extramuros dos serviços, a realizar atividades terapêuticas com a fundamentação teórica necessária e, especialmente, a dialogar com os princípios orientadores da Reforma Psiquiátrica. Além do mais, surgiam demandas de formação em saúde mental, apontadas por trabalhadores de saúde.

Julgávamos, portanto, que o processo de implementação da Reforma Psiquiátrica envolveria esforços que ultrapassariam o que estava sendo observado em larga escala, ou seja, a mera implantação das instalações físicas nas quais os novos dispositivos devem funcionar e o recrutamento

de equipes (muitas inexperientes e mal preparadas). Para tanto, várias mudanças se tornariam necessárias e precisariam acontecer de modo integrado. Mudanças estas das mais diversas ordens, entre as quais podíamos enfatizar as que se inscreveriam nos âmbitos político, social e cultural. Considerando especificamente os desafios de ordem cultural, encontrávamos alguns eixos a serem trabalhados que incluiriam, desde as comunidades nas quais os sujeitos que padecem de um sofrimento mental estariam inseridos, até a cultura profissional daqueles que se encontrariam investidos do papel de cuidadores.

Deste modo, observávamos ser preciso oferecer aos profissionais a formação necessária para que os mesmos pudessem encontrar um suporte que facilitasse seu processo de inserção nos novos dispositivos. Estes atores sociais, que seriam doravante convidados a pensar e atuar dentro de um modelo diferenciado, precisariam se reinventar a si próprios, assumir um outro *ethos* e construir um saber sempre aberto a novas reflexões. A proposta do RMSM-ISC tinha, então, como intuito principal estabelecer os pilares iniciais dessa construção para desenvolver no profissional as capacidades e habilidades fundamentais que o permitissem seguir e construir os novos rumos da saúde mental.

O curso deveria seguir alguns pressupostos fundamentais para atender às necessidades que identificávamos a partir das novas diretrizes da política de saúde mental e dos estudos realizados. O pressuposto principal seria inseri-lo no campo da saúde coletiva tendo seu arcabouço teórico embasado e suas práticas inseridas no Sistema Único de Saúde com o seu modelo sanitário de funcionamento. Do ponto de vista da saúde mental, práticas e saberes deveriam ser especificamente orientados a partir do Modelo de Atenção Psicossocial (COSTA-ROSA, 2000) e de estratégias de desinstitucionalização (AMARANTE, 1995; NICÁCIO, 1990) para o cuidado e para a reinserção social (SARACENO, 2001) das pessoas com experiência de sofrimento psíquico intenso.

Nessa direção, atuar no campo da saúde mental exigiria ocupar-se da integralidade e humanização do cuidado (BRASIL, 2004), além do

desenvolvimento de práticas que se preocupassem com a emergência de sujeitos singulares e políticos, fortalecidos na sua compreensão existencial e na sua identidade coletiva. A compreensão de que pessoas que apresentam sofrimentos psíquicos intensos são sujeitos singulares e cidadãos de direitos pressupõe uma clínica subjetivante e territorializada que combine técnicas voltadas para a compreensão do sujeito e técnicas voltadas para o desenvolvimento de análises sociais e ações coletivas. Em adotando como perspectiva um modo de atenção psicossocial, o desafio estava em construir saberes e fazeres que concebessem o sofrimento mental a partir de bases mais dinâmicas, existencialistas e libertárias, em constituir relações interpessoais mais horizontalizadas entre os diversos agentes que transitam pelos serviços substitutivos, conseqüentemente que favorecessem a participação de usuários e familiares nas dinâmicas institucionais e controle social sobre decisões e resultados de intervenções. Em síntese, o desafio residia em instituir inovações tecnológicas desinstitucionalizadoras, ou seja, que favorecessem o trânsito dos usuários pelos espaços urbanos, outrora interditados aos mesmos, que se ocupem de processos de desestigmatização (NUNES; TORRENTÉ, 2009) e inclusão social, que identifiquem pontos de emperramento de fluxos de bem estar, quer em processos terapêuticos, quer em processos de *empowerment*.

Tendo em vista pôr em prática esse projeto, orientamo-nos a partir de um horizonte de habilidades e competências esperadas a partir da formação dos residentes, dentre as quais se destacavam:

1. Aquisição de recursos teórico-práticos necessários para analisar e manejar os processos de sofrimento mental como fenômenos complexos, produzidos a partir de determinações biopsíquicas, sociais, econômicas e culturais, mutuamente entrelaçadas;
2. Habilidades de atuação interdisciplinar, o que inclui capacidade dialógica, abertura à diversidade de saberes e práticas, definição de prioridades de recursos de campo e de núcleo para manejo de

situações específicas, análise de disputa de campos simbólicos e relações de poder;

3. Habilidades clínicas no âmbito da atenção psicossocial, abrangendo competência teórica e operativa para compreender processos de sofrimento psíquico e social e definir linhas de atuação terapêutica, no âmbito do indivíduo, dos grupos e da comunidade;
4. Capacidade de desenvolver estratégias de territorialização, análise de contexto e de intervenção territorial através de mapeamento de equipamentos socio sanitários nos distritos sanitários de responsabilidade dos serviços de saúde mental, realização de articulações intersetoriais, definição de situação de saúde mental, identificação de recursos populares de cuidado, desenvolvimento de tecnologias de território de cuidado e de promoção à saúde mental;
5. Habilidades de atuação política, o que envolve o desenvolvimento de técnicas de empoderamento dos usuários, estímulo à realização de ações reivindicatórias, manifestações públicas, participação política e controle social, além de fortalecimento de atividades associativas;
6. Habilidades de produção de memória coletiva e de conhecimento a partir de práticas reflexivas em torno das ações realizadas nos campos de atuação e do estímulo ao registro escrito, este, seja nos documentos dos serviços, seja sob a forma de relatórios e capítulos de livro.

CAMPOS DE PRÁTICAS

A formação dos residentes foi concebida para acontecer em serviços da rede pública (para o fluxograma 2008-2009 dos campos de prática, ver Anexo I), e não em serviços modelo, tais como serviços-escola. A escola

é a própria rede de cuidados à saúde com suas potencialidades e limitações, necessidades e recursos. O serviço é visto como lugar de formação e de trabalho (CECCIM, 2005), no sentido de que congrega profissionais residentes comprometidos com a construção de práticas inovadoras e de resultados positivos, e não meramente voltados para um aprendizado pessoal. Assim, aposta-se em duas principais consequências: primeiro, em que os residentes aprenderiam a conviver com a realidade dos serviços desde a sua formação, o que evitaria o processo de migração de uma situação ideal para uma situação real. Nesse caso, para se evitarem prejuízos ocasionados na formação pela existência de eventuais precariedades e deficiências nos serviços, propõe-se que o papel dos *preceptores de núcleo*, ou seja, o grupo de profissionais constituído pela instituição formadora,¹ é de grande relevância. Cabe aos preceptores acompanharem de perto o dia a dia dos residentes, realizando supervisão de tipo tutorial, identificando, nos serviços, espaços de aprendizagem mais promissores, além de transformando situações difíceis em oportunidades de aprendizagem. Os *tutores*, que são os preceptores vinculados aos serviços, também desempenham um papel fundamental de mediadores de dentro, ou negociadores, além de agentes privilegiados na condução de processos

1 Há uma variação de nomenclaturas quando se trata de definir os profissionais que acompanham, supervisionam e formam os residentes. Na nossa Residência, seguimos o vocabulário em voga à certa altura no Ministério da Saúde (ver por exemplo: BRASIL, 2006), onde preceptores (ou preceptores de núcleo, ou ainda preceptores acadêmicos) são profissionais contratados pela instituição formadora para conduzir o processo educativo principal, estando em uma relação de um profissional por cada grupo de três residentes de uma determinada profissão. No nosso caso, contamos com uma assistente social, uma enfermeira, um antropólogo, uma psicóloga, uma terapeuta ocupacional e uma professora de educação física. Quanto aos tutores (ou preceptores de serviço/campo), estes são concebidos como os profissionais lotados nos serviços atuando como campos de práticas, que foram escolhidos, um por serviço, para acompanharem e orientarem os residentes em situações específicas de atuação nessas instituições e servirem de mediadores entre residentes/Residência e profissionais/usuários do serviço. Vale repetir que outros cursos de Residência Multiprofissional em Saúde invertem os dois significantes, chamando de tutor o que chamamos de preceptor, e vice versa.

educacionais que requeiram uma experiência profissional acumulada a partir da vivência institucional e do conhecimento e relação desenvolvidas com os usuários e com outros agentes do serviço.

O ponto de estrangulamento observado no desenvolvimento de trabalho nessas instituições se dá quando alguma crise institucional, ou a escassez, seja de recursos materiais ou humanos, impera. Isso se torna ainda mais grave quando as crises se repetem, abortando períodos de aprendizagem, negando o reavivamento das esperanças e dos projetos e adiando a reorganização das práticas. (Esses aspectos serão melhor desenvolvidos no posfácio desse livro)

A segunda aposta feita é que, realizando os campos de trabalho nos serviços da rede pública de saúde mental, garante-se a presença de um tipo de agente muito especial nesses espaços: *os residentes*. O perfil híbrido desses agentes, metade estudantes, metade profissionais, parcialmente trabalhadores do serviço, parcialmente alienígenas, tem-lhes garantido uma presença expressiva e interferente. Essa presença caracteriza-se pela intensidade na participação, uma vez que, tendo em vista o seu pertencimento transitório, esse tempo de permanência ganha um significado de condensação da experiência, sendo necessário realizar bem mais coisas em um período limitado, onde o processo de aprendizagem deve ser potencializado. Além disso, há um potencial questionador e problematizador quase inerente à condição de um agente que se insere no espaço social em uma posição de aprendiz participativo. Aliado a isso, o residente, pela sua juventude, real ou estimulada pelo papel de estudante, apresenta-se com um ampliado horizonte de expectativas associado a um certo sentimento de onipotência, que, juntos, efetivamente, funcionam como um dispositivo realizador. Por outro lado, a sua inserção acadêmica aliada à falta de vinculação institucional no serviço como trabalhador, sujeito a certas hierarquias e obrigações, tendem a favorecer um estado de espírito de liberdade reflexiva e propositiva.

Se, de um lado, essa posição é fonte de potenciais conflitos relacionais com os trabalhadores dos serviços, motivados por disputas de espaço,

relações de poder, ruídos na comunicação, incompreensões mútuas, ou sentimentos de injustiça, por outro lado, observa-se um enorme potencial de realização, de aceleração de processos e de inovações tecnológicas com a passagem de residentes por um dado serviço. Se ambos os lados da moeda são inevitáveis, a predominância desse segundo aspecto depende de muita capacidade de mediação e negociação por parte dos diversos agentes, sejam eles profissionais dos serviços, preceptores, tutores ou residentes. Essa capacidade se fortalece, sobretudo, quando um nível de cumplicidade se desenvolve entre esses agentes (ou parte deles) na perspectiva de alcançar metas comuns de melhora dos processos e ambiente de trabalho, de resultados práticos no trabalho com os usuários e na produção de um bem comum, fruto de uma ação coletiva. Nessa perspectiva de ação concertada, os residentes podem assumir um lugar estratégico, na visão dos trabalhadores do serviço, por exemplo, como porta-vozes de mensagens difíceis de serem veiculadas pelos “nativos” ou trabalhadores do lugar, ou como intensificadores de algumas ações tendo em vista a sua permanência em cargas horárias muitas vezes maiores do que a dos técnicos, embora, diacronicamente, em períodos mais curtos. Podem funcionar também como disparadores ou dinamizadores de processos, ou como “estrangeiros” capazes de enxergar dinâmicas instituídas e reprodutoras de velhas formas de olhar os problemas.

Nada dessa caracterização nega, contudo, os perigos presentes quando esses olhares se tornam excessivamente críticos, imaturos, injustos, ou até desrespeitosos. Também não desconsidera atitudes que podem ser intempestivas, impetuosas e, às vezes, até invasivas ou iatrogênicas. Outro momento extremamente problemático é quando o residente mantém, e até cultiva excessivamente, sua relação de exterioridade com a instituição e a sua equipe, sendo incapaz de relacionar-se empaticamente e de colocar-se no lugar do outro e experimentar um sentimento de pertença ao grupo. Essa posição também favorece um olhar hipercrítico e desequilibrado. Um outro elemento é a aliança feita, de modo

um tanto excessivo e/ou exclusivista, com o usuário (como falaremos mais adiante).

Esses perigos devem estar sempre antecipados por um acompanhamento cuidadoso por parte dos preceptores e tutores. Uma vez identificados, os espaços grupais parecem os mais adequados para que estes sejam problematizados e submetidos ao coletivo maior onde serão analisados e soluções serão buscadas. A análise pode se fazer no sentido de uma autorreflexão profunda acerca de uma tendência observada em subgrupos, ou mesmo em toda a equipe da Residência. Essa autorreflexão não significa expiação de culpa nem autorrecriação, mas uma análise corajosa e multifacetada onde as várias dimensões da realidade sejam postas em questão. Afinal, é necessário contextualizar o problema do ponto de vista que vai desde as relações de poder interinstitucionais, passando pela conjuntura política e seus impactos institucionais, aspectos de gestão internos ao serviço, processo e condições de trabalho das equipes, até chegar às relações interpessoais e seus aspectos afetivos. Análises dessa ordem devem perpassar a maioria dos impasses institucionais vividos, e não apenas aqueles onde se imagina que uma crítica excessiva ou inadequada está posta. Só assim, os conflitos tornam-se elementos de aprendizagem acerca dos jogos interativos humanos.

UMA PEDAGOGIA RIZOMÁTICA E FLUTUANTE

A orientação pedagógica seguida pela Residência Multiprofissional constrói-se na interface da produção de sujeitos que tenham suas atuações alicerçadas em espaços coletivos de saúde, tendo como bússola a compreensão e manejo dos delicados e duros fenômenos do campo da saúde mental. Nessa perspectiva, ela deve: produzir processos de “aprendizagem significativa” (AUSUBEL, 2003) para os sujeitos envolvidos, de modo a permitir a emergência de subjetividades; promover espaços de aprendizagem de realidade concreta, seguindo premissas da pedagogia

de Freire (1996), nesse caso, espaços efetivamente ocupados e transitados por profissionais e usuários do Sistema Único de Saúde (SUS), capazes de oferecer temas geradores para serem problematizados; ocupar-se de processos singulares e relacionais de produção de experiências de enfermidade, de recuperação e promoção da saúde mental e de reinserção social.

Transitar por essas dimensões demanda uma pedagogia calcada em princípios rizomáticos, na perspectiva em que favoreça uma topologia que reconheça a multiplicidade, o movimento e a descentralização. (DELEUZE; GUATTARI, 1997) Uma epistemologia rizomática compreende os acontecimentos como potencialidades desenvolvidas a partir de interrelações entre multiplicidades. Coadunam, com essa perspectiva, processos que envolvem a ética do cuidado, valores de cidadania e solidariedade, posturas dialógicas, de respeito ao outro e de compromisso com a transformação social. Para isso, exigem-se movimentos leves, delicados, capazes de deslocarem-se com facilidade nas imprevisibilidades das situações, manejarem os devires humanos nem sempre coerentes, consistentes ou racionais, movimentos abertos e acolhedores às alteridades, sensíveis aos fluxos e mediadores de conflitos.

Na Residência, essa pedagogia, exercitada no cotidiano, parte prevista e planejada, parte inventada na emergência das necessidades, foi conduzida coletivamente de forma mais serena ou mais angustiada, com maior ou menor sucesso não apenas na produção de êxitos técnicos, como também de projetos de felicidade (AYRES, 2001), mas, sobretudo, dentro de uma ambiência fraterna e de grande capacidade autorreflexiva.

Dentro dos aspectos planejados, ela contou com uma metodologia que privilegiou a integração teórico-prática, em uma perspectiva problematizadora, crítica e vivencial. Foram abordados conteúdos que pudessem dar sustentação à aquisição de habilidades e atitudes para a realização de ações interdisciplinares que articulassem práticas de promoção, prevenção, recuperação e reabilitação da saúde mental nos diversos espaços de cuidado: Programa Saúde da Família (PSF), CAPS,

ambulatórios da rede básica de saúde mental, residências terapêuticas, entre outros.

As disciplinas oferecidas pelo curso (ver Anexo II) foram concebidas em uma perspectiva de transversalidade no sentido de dialogarem com as demais, mas nem sempre foram bem sucedidas nesse sentido. Daí estarmos apostando, para próximas turmas, em termos espaços de avaliação, cuidado e discussão de casos e de contextos realizados em Seminários Integrados, entre outros dispositivos de integração interdisciplinar.

INTEGRAÇÃO INTERDISCIPLINAR DO CONTEÚDO TEÓRICO DO PROGRAMA – UMA PROPOSTA A SER AVANÇADA

A concepção teórico-metodológica dessa Residência em Saúde Mental está ancorada na perspectiva interdisciplinar, cuja proposta não é uma abolição das disciplinas e suas especificidades, mas o diálogo entre elas, respeitando, apontando e valorizando, sempre, a pluralidade de enfoques, o contraditório, os limites, as falhas dos modelos nos quais se inserem como construções de discurso. Busca-se, deste modo, compreender e desmontar sistemas de pensamento, pôr ideias em movimento, problematizar os conhecimentos adquiridos e desenvolver, junto com o aluno, a capacidade de relacionar-se com o inesperado sem rejeitá-lo, na medida em que são enfocadas as múltiplas determinações ou disposições dos fatos por oposição ao paradigma da causalidade linear. Para tanto, os saberes disponíveis em cada campo disciplinar devem ser assegurados, organizados e, então, desaprendidos, retrabalhados, o que vale dizer transformados numa práxis.²

2 Essa formulação interdisciplinar foi elaborada com as contribuições preciosas de Denise Coutinho e Cláudio Lorenzo, ambos professores da Universidade Federal da Bahia (UFBA), que participaram ativamente na primeira fase de concepção da Residência.

Ensinar numa perspectiva interdisciplinar pressupõe um quadro docente transdisciplinar, isto é, sujeitos formados em um campo profissional e que tenham podido deixar-se atravessar por outros campos e suas práticas discursivas em seus cursos de especialização, ou em programas de pós-graduação *sensu estrito*.³ Possuir mais de uma formação sistematizada e reconhecida através de produção consistente, caracterizada pelo diálogo entre diferentes disciplinas, foi um dos mais importantes critérios para a escolha do quadro docente desta Residência.

O aspecto mais importante a ser construído neste projeto acadêmico foi investir no trânsito e na intervenção dos sujeitos em formação considerando as realidades, ou a realidade em seus múltiplos níveis, nos âmbitos políticos, culturais, corporais, discursivos; em outras palavras: éticos e estéticos.

Pensar e intervir interdisciplinarmente significa superar determinadas concepções acostumadas, tais como: hierarquias entre disciplinas ou campos do conhecimento; atitudes totalitárias e acríicas acerca do próprio campo de formação; visões estritamente tecnocientíficas a respeito dos fenômenos humanos; compreensões de mundo fragmentadas e hegemônicas; e a exclusão das múltiplas possibilidades de escolha, reinvenções, limites e proposições dos sujeitos sob tratamento, por considerar a produção científica como único e privilegiado lugar de enunciação e legitimação do saber.

Um dos desafios não alcançados com essa primeira turma foi o de superar as referências programáticas organizadas didaticamente em disciplinas isoladas. Tentamos a superação através da utilização de seus conceitos e bases teóricas na problematização das realidades concretas vividas pelos residentes, mas reconhecemos a limitação desse procedimento. Para as próximas turmas, estamos buscando o trabalho interdisciplinar, baseado na problematização do conhecimento através de

3 Essa é uma característica presente, pelo menos, em todos os nossos preceptores, os quais possuem formações plurais com a combinação frequente de áreas clínicas, antropológicas e/ou de saúde coletiva, entre outras, inclusive artísticas.

blocos temáticos, evitando-se ao máximo uma compreensão fragmentada do objeto em foco, da realidade trabalhada e, sobretudo, dos sujeitos envolvidos – sejam eles alunos, pacientes, preceptores ou tutores. Tentaremos assim desmontar as disciplinas de cada semestre, que passarão a estar integradas em um bloco único onde cada uma deve ser capaz de dialogar com as demais, facilitando ao aluno perceber que tanto as áreas de interseção entre elas quanto as áreas de conflitos paradigmáticos gerados nas tentativas de explicação dos fenômenos contribuem para o avanço do conhecimento. Para progredir na interdisciplinaridade, algumas estratégias novas foram pensadas de modo a serem adicionadas a outras que funcionaram muito bem, como veremos a seguir.

A primeira dessas estratégias é que as disciplinas que compõem cada bloco semestral continuarão sendo escolhidas por sua proximidade temática, embora se queira, em todos os momentos, privilegiar as diferentes abordagens, perspectivas, os diversos fundamentos epistemológicos que as constituem, sublinhando os pontos de encontro e aproximações, do mesmo modo que as diferenças, discordâncias e conflitos entre elas.

Para tanto, apesar das dificuldades operacionais, os responsáveis pelas disciplinas integradas aos blocos deveriam reunir-se antes do início de cada semestre, em Sessões Interdisciplinares de Planejamento Teórico-pedagógico, para apresentação e discussão, entre si, das linhas gerais do conteúdo programático de cada uma das disciplinas, tentando identificar alguns temas que possam ser abordados por todas elas em um determinado momento do curso. Por exemplo, caso se eleja “a Experiência da Psicose” como um dos temas de um dos blocos, todas as disciplinas do bloco devem abordá-lo de maneira coordenada, permitindo ao aluno ter acesso, ao mesmo tempo, à loucura como construção sócio-histórica; à nosologia contemporânea; à fenomenologia das psicoses; ao desenvolvimento da psicose na infância, a sua identificação precoce, às várias abordagens terapêuticas e a modelos de atenção que se ocupem de pessoas psicóticas de modo integral.

Como segunda estratégia, já nessa primeira experiência com a Residência, tivemos a realização, semanal, das Sessões Clínico-científicas, contando com a presença de todos os residentes e preceptores. Essas reuniões constituíram o dispositivo central da circulação da comunicação na Residência, propiciando trocas intensas de reflexões, propostas, experiências, relatos de caso, questionamentos, discordâncias, dúvidas, negociações, ideias de soluções e compactuações. Elas permitiram, notadamente, produções coletivas de novas tecnologias em saúde mental, análises institucionais dialógicas, exercícios reflexivos e contenções grupais das emoções suscitadas pelo exigente e desgastante trabalho em saúde mental, incluindo o duplo manejo das crises – dos sujeitos e das instituições.

Tendo em conta que os residentes vão permanentemente adquirindo competências e habilidades no decorrer da formação, a organização dos dois anos de Residência precisa ser concebida de modo processual e progressivo. Isto implica que os quatro semestres guardam particularidades que contemplam, de um lado, necessidades específicas de conhecimento por parte dos residentes e, de outro lado, lhes atribui cada vez maior autonomia e responsabilidade na condução tanto teórica como prática. Desse modo, consegue-se também uma integração sempre maior da problematização transdisciplinar. Ao mesmo tempo, exige dos preceptores uma modificação progressiva nas demandas a serem feitas aos residentes, no equilíbrio entre aporte de conhecimentos e exigência de *feedback*, nas expectativas relacionadas a protagonismo, maturidade, autonomia e crítica. Vale ressaltar que a alta exigência emocional, representada pelas ações em saúde mental, especialmente expressa pela complexidade dos casos clínicos e dos contextos, faz com que a dimensão afetiva deva ser considerada como muito relevante na formação dos residentes e nos seus efeitos.

A terceira estratégia são os Seminários Integrados, onde dois grupos de alunos por sessão deverão escolher um caso ocorrido em sua experiência no terreno de prática para ser apresentado. A escolha do caso é inteira-

mente livre. Porém, os grupos deverão organizar-se com antecedência e três exigências são postas em relação à apresentação: 1) justificar as razões da escolha; 2) destacar o elemento central do caso que o grupo pretende discutir; e 3) identificar aspectos do caso ligados a cada uma das disciplinas que compõe o bloco. Cada grupo disporá de 20 minutos reservados para a apresentação do caso e 30 minutos para a discussão. Professores deverão receber o relato do caso com uma antecedência mínima de uma semana, para que possam preparar melhor suas intervenções na discussão.

Organicamente articulado com as disciplinas oferecidas serão realizadas, anualmente, Oficinas de Avaliação Pedagógica, contando com a participação de todos os professores e preceptores, no intuito de fazer um balanço dos métodos educacionais propostos e experimentados pelo curso. Com essa primeira turma, tivemos a oportunidade de realizar essas avaliações contando principalmente com a presença da coordenadora, dos preceptores e alguns dos professores das disciplinas, além dos residentes. Na avaliação do final do curso, tivemos a oportunidade de contar também com a presença de usuários, em uma sessão pública que reuniu uma média de 80 pessoas. (Retomaremos o tema da avaliação em capítulo específico: ver “Terrenos educativos em uma residência multiprofissional, na Bahia-Brasil: re(orientação) da formação de profissionais e o cuidado em saúde mental”).

Finalmente, daremos continuidade às Reuniões de Preceptores, com presença da coordenação do curso, as quais acontecerão semanalmente, e com a presença dos tutores mensalmente. Essas reuniões têm por objetivo: planejar e organizar o desenvolvimento da Residência nos seus aspectos administrativos, pedagógicos e científicos; compartilhar as informações e percepções recolhidas a partir da presença nos serviços e nos territórios; avaliar processualmente e coletivamente a atuação e as experiências subjetivas e relacionais dos residentes; avaliar as ações desenvolvidas, assim como suas implicações clínico-institucionais; analisar dinâmicas de gestão e processos de avanço/retrocesso da Reforma

Psiquiátrica no âmbito regional e local, evidenciando seus efeitos diretos e indiretos sobre os sujeitos e grupos envolvidos nas práticas.

A DIMENSÃO ANTROPOLÓGICA DA RESIDÊNCIA

A partir do anteriormente exposto, pode-se inferir que a Residência Multiprofissional em Saúde Mental funciona, em grande parte, a partir de sua dimensão antropológica, que incorpore um formato mais elaborado na trajetória de produção de práticas e reflexão sobre as mesmas, traduzindo um olhar informado sobre as práticas. Esse olhar informado é o que permite à Residência ser um espaço privilegiado de produção de conhecimento. A matéria prima de reflexão e de produção decorre desse lugar ambíguo – dentro/fora, perto/distante – dos residentes, aliado ao papel, ou função, de terceiro incorporado pelo núcleo de educadores (preceptores/tutores/coordenador). É com essa configuração triangular: serviço/residentes/núcleo de educadores que as principais análises institucionais operam. Podemos fazer uma analogia para a tríade usuários/residentes/núcleo de educadores na configuração que opera a reflexão acerca dos casos clínicos e sua condução.

O fazer da Residência, até certo ponto, assemelha-se ao que Geertz (1978) chamou de fazer etnográfico, uma vez que o registro e a análise sobre esse fazer nascem da observação participante e da busca de aceder a um segundo nível de análise da realidade realizada pelos diversos agentes, ou seja, uma análise que faça dialogar informações e interpretações. No entanto, a semelhança é apenas parcial, porque aqui o empreendimento etnográfico não segue o seu rigor, já que a ênfase da Residência está posta na intervenção e nas mudanças produzidas pela mesma.

A dimensão antropológica da Residência pode ser compreendida, principalmente, a partir de uma perspectiva hermenêutica que abordaria, nesse caso, os saberes compartilhados e sujeitos a múltiplos pontos de vista, desde aqueles dos profissionais até aqueles dos usuários. No cerne

de uma compreensão hermenêutica, interessa à Residência a interpretação dos significados atribuídos aos processos de adoecimento por parte daqueles que os experimentam, como também, de forma complementar, dos contextos cotidianos onde habitam ou por onde transitam e aonde se desenvolvem esforços na “procura do bem viver”. (AYRES, 2002) O projeto hermenêutico pode se debruçar ainda sobre o conflito das interpretações (RICOEUR, 1969), gerado pelas diversas visões de mundo dos agentes que se relacionam nesses encontros terapêuticos, profissionais e humanos. Temos os agentes que transitam e operam nos serviços, com suas tradições culturais (GADAMER, 1997), com seus modelos explicativos das doenças (KLEINMAN, 1978), e detentores de distintos tipos e níveis de capitais: simbólico, econômico, social e cultural. (BOURDIEU, 1980)

QUAL O HORIZONTE DE POSSIBILIDADES QUE ORIENTA AS PRÁTICAS?

Embora, em tese, as práticas e saberes produzidos no espaço da Residência conformem esse esforço interpretativo e reflexivo, na prática, muitas vezes, aqueles são atropelados pela intensidade e velocidade dos acontecimentos. Daí surgirem as seguintes questões: será que o horizonte que orienta as práticas advém de um olhar contextualizado, ou limitado ao mínimo espaço do possível? Será uma prática planejada, ou mergulhada na emergência das necessidades e das crises?

Essas perguntas aparecem, principalmente, para problematizar e indicar saídas para os momentos onde o peso da desorganização e do caos instaurado parece não dar espaço ou permitir um recuo necessário para a ponderação, para a avaliação do melhor a ser feito, para a perseguição das justas medidas. Há momentos onde o que resta é o fazer quase desesperado de marinheiros que não querem deixar o barco afundar.

Esses momentos foram efetivamente vividos na experiência da Residência, onde, por exemplo, um serviço viu-se na iminência de demissão massiva de seu corpo técnico terceirizado (ver, neste livro, os capítulos sobre o CAPSia onde atuamos). Nesse momento, decidiu-se pela permanência dos residentes no serviço, que tiveram um papel primordial na garantia do funcionamento e na não deterioração ainda maior do mesmo, além de cumprirem um papel de proteção em relação a alguns usuários que, diante do caos do serviço, entraram em um processo importante de desorganização. Aliás, esse é um aspecto que deveria ser objeto de estudo, ou seja, a eclosão de crises de usuários em decorrência da crise institucional: foi observado repetidas vezes que tomadas de decisão ao nível da gestão, sobretudo central, significavam a ameaça da estabilidade de algum serviço, seja em decorrência da exacerbação da precariedade dos vínculos empregatícios ou das condições de trabalho, seja pelo confronto de modelos de cuidado, etc.

O que avaliamos é que, exceto em situações extremas, nunca houve realmente atuação da Residência sem planejamento. Este se efetuava de modo mais ou menos explicitado nos vários espaços abertos pela Residência para o acompanhamento das ações, ou seja, nas reuniões de preceptoria com os residentes, em grupo ou individuais, nas reuniões dos residentes com os tutores, nas reuniões semanais de preceptores e coordenação (as quais, mensalmente, incluíam os tutores) e nas sessões semanais coletivas, que reuniam residentes, preceptores e coordenadora. Nessas reuniões, estiveram em pauta um sem número de assuntos que, em última análise, quase sempre cabiam nos temas gerais seguintes: análise institucional; apresentação e análise de ações em desenvolvimento nos serviços nas quais os residentes se engajavam, sejam atividades preexistentes, sejam propostas dos residentes; discussão de casos clínicos; proposta e análise de estratégias de mobilização e de empoderamento dos usuários; e análise de conjuntura da política de saúde mental no município de Salvador ou estado da Bahia.

Fazendo um balanço da trajetória da Residência pela ótica do horizonte de práticas, podemos ainda nos perguntar: a Residência tem realizado uma clínica ampliada ou uma ampliação da clínica?

Com esta pergunta, não queremos fazer um simples jogo de palavras. Entendemos por clínica ampliada o que é proposto por Tenório (2001, p. 72):

uma clínica que não restringe *a priori* seu campo de pertinência, devendo se tornar maleável ao manejo de circunstâncias habitualmente tidas como extraclínicas. Se a psicose é uma condição de existência que não se presta à expectativa médica de cura [...] então faz-se necessária uma mudança no escopo das ações clínicas. [...] O tratamento se converte em um acompanhamento da vida que não restringe de antemão seu campo de pertinência. Trabalha-se, portanto, com uma idéia de clínica que não dispensa a tradição, o saber e os instrumentos da psiquiatria dominante, mas incorpora outros saberes, outros instrumentos, outras práticas e, sobretudo, outras preocupações.

No entanto, compreendemos também que a clínica deve assumir seus limites de atuação de modo a não correr o risco de abarcar o espaço da vida. Ou seja, nem tudo pode nem deve ser abordado pelo viés da clínica, como, por exemplo, as ações de promoção da saúde, a exploração do território de atuação de um serviço e o mapeamento de seus equipamentos sociais e culturais, as articulações intersetoriais com vistas à ampliação do espaço de trânsito dos usuários, etc. Não se pode pressupor que a técnica e o saber das várias abordagens clínicas podem dar conta da análise e intervenção sobre a realidade nas suas múltiplas dimensões. Como exemplo, aventamos dois dos saberes que convocamos a participar da nossa equipe interdisciplinar e cujas atuações e perspectivas epistemológicas serão objeto de outros capítulos. Inicialmente, aquele do Cientista Social: frequentemente, o ponto de vista desse agente vai se situar em uma perspectiva que problematiza aquela dos saberes

clínicos, o que não significa negá-los, mas tencioná-los. Também a presença do profissional da Educação Física, com as suas múltiplas vivências e abordagens do corpo, produz distinção em relação a abordagens corporais advindas, notadamente da Psicologia (psicodrama, biosíntese, etc.), o que, também, não significa que não haja pontos de intercessão entre essas duas disciplinas, inclusive possibilidades terapêuticas advindas das técnicas e vivências propostas pelo professor de educação física nos serviços de saúde mental.

Nessa perspectiva e com essas ferramentas, como propõe Amarante (2008), coloca-se a clínica “entre parênteses”, no sentido de resgatar a sua origem e desconstruí-la. Rompe-se, assim, com uma clínica historicamente fundada a partir de “uma relação com o homem ‘objetualizado’ em doença e sintoma.” Desinstitucionalizar a pessoa doente pressupõe compreender que a sua própria doença é tornada “fenômeno institucionalizado, e por isso mesmo, fenômeno produzido e transformado pela própria desinstitucionalização.” (AMARANTE, 2008, p. 72)

Esses aspectos desembocam numa última pergunta referente ao horizonte de práticas: em que medida a Residência tem desenvolvido uma saúde mental coletiva?

Essa questão pode ser respondida tendo em conta que existe um horizonte de possibilidades para o qual a Residência se dirige. Este estaria inscrito em um ideal-objetivo de participação na construção de uma rede de serviços mais inclusiva, mais articulada e mais eficiente, produtora de atores sociais mais empoderados e participativos e capaz de atuar de modo mais integral e com arranjos tecnológicos mais coletivos. No entanto, ao inscrever as suas práticas no cotidiano das práticas das redes de serviços de saúde mental, a atuação dessa Residência está, ate certo ponto, condicionada pelos limites e possibilidades desse cotidiano. Apostas precisam ser feitas e decisões tomadas na baliza das necessidades (inclusive sociais) que são identificadas e nas fronteiras do que é permitido pelas condições políticas, pelas realidades sociais, das culturas e das condições institucionais, tanto materiais quanto de gestão, entre

outras. Além disso, na esteira da própria concepção e colocação em prática de um curso dessa natureza, há que ter paciência nas etapas de atuação que se quer atingir, tendo em vista que o tempo de consolidação de certas experiências e de produção de legitimidade é um fator importantíssimo a ser considerado.

Como foi dito, a existência dessa Residência está intimamente ligada ao desejo de formar sujeitos que participem ativamente da construção e fortalecimento da Reforma Psiquiátrica Brasileira. Nesse sentido, ela assume um compromisso e toma partido da desinstitucionalização das práticas de saúde mental, da existência-sofrimento de pessoas que apresentam problemas psíquicos geralmente graves, do fortalecimento e produção de serviços mais afeitos a uma lógica antimanicomial. Concebe esse processo no interior de uma política mais ampla de Reforma Sanitária e de redução de desigualdades sociais e de justiça social.

Trocando em miúdos, no concreto do fazer da Residência, a materialização desses ideais objetivos foi tentada a partir de múltiplos esforços:

- a. em uma abordagem centrada no usuário situado tanto em um contexto institucional quanto social;
- b. em uma experiência desenvolvida em uma realidade manicomial típica, através da passagem da RMSM-ISC, durante um semestre, por um hospital psiquiátrico, na tentativa de imprimir novos processos e técnicas que permitissem produzir espaços de reflexão acerca de posturas enrijecidas e descompromissadas com o cuidado e o bem-estar do paciente;⁴
- c. em uma atuação fortemente centrada no território, através de visitas domiciliares, circulação pelos espaços comunitários, priorização de abordagens que incluam as famílias e pessoas significativas na rede de relações dos usuários;

4 A análise desta experiência no manicômio será retomada no posfácio. (ver Posfácio "O importante são as obras, não os autores: o guerreiro do tempo contra o dragão da impermanência").

- d. em esforços dirigidos na direção de ações em rede, com atuação conjunta com o PSF, ou ações intersetoriais, com parcerias desenvolvidas com associações de moradores, escolas, casas de show, secretarias de governo, fóruns comunitários de saúde, etc.;
- e. em ações políticas, envolvendo o movimento social organizado, tal como: participação no planejamento, na organização e na realização da Semana da Luta Antimanicomial; manifestações pró-implantação de CAPS III (24 horas); apoios à Associação Metamorfose Ambulante (AMEA) e à Associação Bahiana de Usuários e Familiares;
- f. em atividades acadêmicas: apresentação de trabalhos em congressos;⁵ realização de eventos em consonância com a filosofia da Residência, ou seja, que contribuíssem na divulgação e análise de temas relevantes no campo de uma saúde mental progressista. Nesse sentido, vale destacar a sua contribuição na organização do Encontro Internacional *Reformas Psiquiátricas e Transformação Cultural no Brasil e no Mundo: 30 anos da Lei Franco Basaglia*;⁶
- g. em atividades desenvolvidas junto a equipes técnicas e grupos de gestão na intenção de contribuir com o planejamento de ações no campo da saúde mental.

Dentre outras ações no âmbito da saúde coletiva realizadas pela primeira turma da RMSM-ISC, julgamos, porém, incipientes e insuficientes aquelas realizadas no território com vistas ao levantamento de necessidades sociais de saúde, diagnósticos mais sistematizados das redes de saúde, atividades permanentes de promoção de saúde (mesmo se foram realizadas, ou participou-se, de algumas atividades culturais e feiras de saúde) e ações de planejamento voltadas para o distrito sanitário como

5 Inclusive uma notável presença no 1º Congresso da Associação Brasileira de Saúde Mental (ABRASME), 2008.

6 Evento realizado no mês de maio de 2009, organizado pela Secretaria de Saúde do Estado da Bahia e pelo Instituto de Saúde Coletiva.

um todo. Em contrapartida, houve um grande aprofundamento das tecnologias voltadas para o cuidado específico do usuário dos serviços de saúde mental, com todas as suas idiossincrasias e sofrimentos, não apenas aqueles derivados da questão biopsíquica propriamente dita, mas daqueles resultantes de dinâmicas sociais perversas, estigmatizadoras e excludentes.

A ÉTICA DO CUIDADO

A temática da ética do cuidado será desenvolvida em um capítulo específico desse livro (ver o capítulo “A ética no campo da saúde mental: reflexões a partir de uma residência multiprofissional”). No entanto, caberia aqui pontuar algumas reflexões embrionárias. Uma primeira delas remete exatamente à centralidade atribuída ao usuário no curso dessa Residência. Avaliamos que essa posição explicitamente escolhida como baliza de uma ética do cuidado guarda em si elementos de potência e de perigo. De um lado, essa centralidade diz respeito a uma nova forma de abrir o diálogo com a margem (CORIN, 1986), o que significa mudar parâmetros de representação social, desenvolver estratégias interativas com a alteridade expressa por pessoas, em sua maioria, psicóticas ou dependentes de drogas, buscar o reposicionamento social das mesmas, avaliar condições estruturantes que as situam em uma posição marginal, o que inclui não somente o estigma frente à doença, mas a construção social desse adoecimento ou problema, além das condições de vida, posição social, etc. Nesse sentido, muito esforço foi empreendido, com resultados surpreendentes.

Por outro lado, descuidamos, relativamente, das implicações desse esforço e dessa relação que, não raras vezes, assumiam uma perspectiva muito totalizadora e intensa, ao que se somavam realidades institucionais e políticas desestruturadas que não proviam o necessário respaldo afetivo, relacional e identitário, tão necessários para permitir passos em

piso sólido, e não em campo minado. Nesse sentido, se a relação com o usuário representou muitas vezes o mínimo espaço de possibilidade de ação, por outro, voltou-se na direção dos trabalhadores sob a forma de desgaste psíquico e físico de grande monta e para o qual não havíamos nos preparado suficientemente. Esse aspecto exigiu da equipe uma rápida reorientação do leme, não no sentido de afastar-se de uma das maiores riquezas práticas da Residência, mas na perspectiva de não desconsiderar os outros fatores da equação, dentre os quais o cuidado ao cuidador. Esse cuidado inseria desde a leitura acurada do que expressavam os corpos dos residentes que encarnavam novas dores e patologias, até a leitura das resistências, mal estares e tristezas, manifestados em atrasos, ausências e, especialmente, desavenças nas relações das miniequipes. Com isso, não estamos a dizer que todas essas manifestações apresentavam causa única, mas tinham, na relação com usuários e com todo o contexto que se agrega a isso, um analisador importante das dificuldades expressas pelos residentes.

A isso se somavam os enfrentamentos políticos e institucionais, aos quais nos referimos anteriormente, exigências de uma postura instituinte. Essa complexidade de elementos constitui a tessitura de uma experiência que se conforma em oportunidades de processo pedagógico, fazendo da Residência Multiprofissional em Saúde Mental um exemplo de modalidade educacional sofisticada e profunda. Isso contribui para uma formação profissional de grande qualidade humana, técnica e política, garantindo uma aquisição de habilidades e competências capazes de inscrever esses profissionais egressos em posições de liderança situados em vários níveis do sistema único de saúde.

MAS AFINAL, QUAL A NATUREZA DO CONHECIMENTO PRODUZIDO NESSA RESIDÊNCIA?

Conclui-se pela compreensão da Residência Multiprofissional como uma experiência relevante que funciona como lugar de produção de conhecimentos. Essa compreensão vai no sentido, embora não se confunda, de também encarar os serviços como espaço de produção de saberes. Isso porque, como se argumentou até aqui, a Residência fomenta o exercício de uma prática auto-hetero-avaliativa processual e multifacetada composta de reflexividade e monitoramento, processos que, em geral, não guardam presença tão frequente nos serviços de saúde. Não obstante, como iniciamos dizendo, não há na Residência um projeto investigativo amalgamado em um rigor metodológico de pesquisa científica. Seu produto situa-se, portanto, muito mais na condição de uma prática duplamente esclarecida: de um lado, orientada por saberes técnico-científicos (que seguem várias abordagens teóricas, presentes nos campos profissionais, mas que se quer sintética, e não especializante) e, de outro, monitorada por uma reflexão de natureza mais afeita ao campo das ciências humanas, na sua análise sociológica, antropológica ou sociopsicológica. Como resultado, tem-se a produção de conhecimentos acerca de dispositivos de atuação no campo da saúde mental, dinâmicas institucionais, processos de adoecimento e de produção de bem estar, contextos sociais, movimentos políticos.

Queremos, por fim, argumentar no sentido da superação da excessiva separação entre o mundo da ciência e o mundo da experiência, ou talvez da primazia do primeiro conhecimento em detrimento do segundo. Nesse particular, a experiência assemelha-se à produção do mundo da vida cotidiana e do conhecimento de senso comum. (GEERTZ, 1983) Ao mesmo tempo, só para abordar o campo da saúde, raramente um conhecimento científico pode ser aplicado *ipsis litteris* ao mundo da vida, sem que, para tanto, ele não sofra a incidência de diversos fatores que

vão funcionar como verdadeiros refratores de saberes produzidos em laboratório ou a partir de metodologias científicas.

Como pontua Schraiber (1995), o saber prático testa e enriquece o saber tecnológico e científico, envolvendo, desse modo, uma dimensão de criação, de arte, de risco e de incertezas. Ou seja, os fatos da ciência, especialmente das ciências humanas, têm muito pouca reprodutibilidade na vida concreta. Esta guarda um dinamismo que escapole à tentativa de normatizá-la ou de aprisioná-la a regras muito rígidas, como aquelas que regem o empreendimento científico. (DONNANGELO, 1979; CANGUILHEM, 1995) Nesse sentido, o conhecimento produzido a partir da produção e da descrição da experiência, tal como aquele produzido no fazer da Residência, é o que chamamos na introdução de um conhecimento (cuja qualidade é de um saber) denso e instituinte, que tenta acompanhar o fluxo dos processos da experiência o mais perto possível do seu desenrolar.

A sua densidade corresponde à necessária inscrição da sua compreensão nas múltiplas camadas de sentido e de determinações, associadas aos agentes que as vivenciam e significam e aos contextos que as delimitam. O seu poder instituinte requer capacidade crítica para analisar limites e possibilidades dos saberes e fazeres e fôlego para se renovar.

Para terminar, podemos ainda aventar a pertinência de atribuir elementos do senso comum ao conhecimento construído a partir e na experiência da Residência, especificamente no que diz respeito ao seu dinamismo na busca de soluções práticas para os problemas. Remete-se ainda a algumas das características que Boaventura Santos (1986, p. 56) enumera como próprias ao senso comum, tais como:

[...] sua visão de mundo assente na ação e no princípio da criatividade e das responsabilidades individuais; seu caráter prático e pragmático; colado nas experiências de vida; exímio em captar a profundidade horizontal das relações conscientes entre as pessoas.

Ou seja, essas dimensões observadas nos acúmulos produzidos pelos saberes de senso comum denotam a existência de um saber prático inegável. A vividez das situações concretas e as exigências que elas nos colocam são capazes de chacoalhar alguns avatares canônicos das regras (método)lógicas sobre os quais profissionais definem verdades e afastam superstições. Contextos de necessidades e desejos por vezes atropelam as nossas certezas e nos põem a duvidar. As dúvidas se revelam munição preciosa na desconstrução de saberes instituídos e na abertura do pensamento.

Referências

ALMEIDA FILHO, N. M. Transdisciplinaridade e o paradigma pós-disciplinar em saúde. *Saúde Soc*, São Paulo, v. 14, n. 3 set./dez., p. 30-50, 2005.

Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/sausoc/v14n3/04.pdf>>.

Acesso em: 10 abr. 2012.

AMARANTE, P. Novos sujeitos, novos direitos: o debate e torno da Reforma Psiquiátrica. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 11, n. 3, p. 491-494,

jul./set., 1995. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csp/v11n3/v11n3a11.pdf>>. Acesso em: 10 abr. 2012.

AMARANTE, P. Cultura da formação: reflexões para a inovação no campo da saúde mental. In AMARANTE, P.; CRUZ, L. B. (Org.) *Saúde Mental, Formação e Crítica*. Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, 2008, p. 65-79.

AUSUBEL, D. P. *Aquisição e retenção de conhecimentos: uma perspectiva cognitiva*. Lisboa: Editora Plátano, 2003.

AYRES, J. R. C. M. Sujeito, intersubjetividade e práticas de saúde. *Ciênc. Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 6 n. 1, p. 63-72, 2001. Disponível em:

<<http://www.scielo.br/pdf/csc/v6n1/7025.pdf>>. Acesso em: 10 abr. 2012.

AYRES, J. R. C. M. Epidemiologia, promoção da saúde e o paradoxo do risco. *Rev. Brás. Epidemiol.*, São Paulo v. 5, p. 28-42. 2002. (supl.1). Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rbepid/v5s1/05.pdf>>. Acesso em: 10 abr. 2012.

BOURDIEU, P. *Le sens pratique*. Paris: Minuit, 1980. (Le Sens Commun)

BOURDIEU, P. O campo científico. In: ORTIZ, Renato (Org.). *Pierre Bourdieu*. São Paulo: Ática, 1994. p. 122-155.

BOURDIEU, P. Sistemas de ensino e sistemas de pensamento. In: BOURDIEU, P. *A economia das trocas simbólicas*. São Paulo: Perspectiva, 2008. p. 203-222.

CONGRESSO DA ABRASME, 1. 2008., Florianópolis. *Anais...* Florianópolis: UFSC, 2008.

BRASIL. Ministério da Saúde. *HumanizaSUS: Política Nacional de Humanização: documento básico para gestores e trabalhadores do SUS*. Brasília: Ministério da Saúde, 2004. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/humanizasus_2004.pdf>. Acesso em: 10 abr. 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Residência Multiprofissional em Saúde: experiências, avanços e desafios*. Brasília: Ministério da Saúde, 2006. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/residencia_multiprofissional.pdf>. Acesso em: 10 abr. 2012.

CANGUILHEM, G. *O normal e o patológico*. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 1995.

CECCIM, R. B. Educação permanente em saúde: descentralização e disseminação de capacidade pedagógica na saúde. *Ciênc. Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 10, n. 4, p. 975-989, out./dez., 2005. Disponível em: <<http://www.lume.ufrgs.br/bitstream/handle/10183/20113/000507542.pdf?sequence=1>>. Acesso em: 10 abr. 2012.

CORIN, E. Centralité des marges et dynamiques des centres. *Anthropologie et Sociétés*, Québec, v. 10, n. 2, p. 1-21, 1986.

COSTA-ROSA, A. O modo psicossocial: um paradigma das práticas substitutivas ao modo asilar. In: AMARANTE, P. (Org.). *Ensaio, subjetividade, saúde mental, sociedade*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2000. p. 141-168.

- DELEUZE, G.; GUATTARI, F. *Mil Platôs: capitalismo e esquizofrenia*. São Paulo: Editora 34, 1997.
- DONNANGELO, M. C. F. Medicina: prática técnica, prática social. In: DONNANGELO M. C. F.; PEREIRA, L. *Saúde e sociedade*. Rio de Janeiro: Duas Cidades, 1979. p. 15-28.
- ENCONTRO INTERNACIONAL "AS REFORMAS PSIQUIÁTRICAS E A TRANSFORMAÇÃO CULTURAL EM SAÚDE MENTAL NO BRASIL E NO MUNDO: 30 ANOS DA LEI FRANCO BASAGLIA". 2009. Salvador. Salvador: ISC/UFBA/SESAB, 2009.
- FREIRE, P. *Pedagogia da autonomia: saberes necessários à prática educativa*. 17 ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra; 1996.
- FOUCAULT, M. Verdade e poder. In: FOUCAULT, M. *Microfísica do poder*. Rio de Janeiro: Edições Graal, 1996. p. 1-14.
- GADAMER, H.- G. *Verdade e método I: traços fundamentais de uma hermenêutica filosófica*. Petrópolis: Vozes; 1997.
- GEERTZ, C. Uma descrição densa: por uma teoria interpretativa da cultura. In: GEERTZ, C.; WROBEL, F. *A interpretação das culturas*. Rio de Janeiro: Zahar, 1978.
- GEERTZ, C. Common sense as a cultural system. In: GEERTZ, C. *Local knowledge: further essays in interpretive anthropology*. New York: Basic Books, 1983. p. 73-93.
- JUCÁ, V. J. S.; NUNES, M. O.; BARRETO, S. G. Programa de saúde da família e saúde mental: impasses e desafios na construção da rede. *Ciênc. Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 14, n. 1, p. 173-182, jan./ fev., 2009. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csc/v14n1/a23v14n1.pdf>>. Acesso em: 10 abr. 2012.
- KLEINMAN, A. Concepts and a model for the comparison of medical systems as cultural systems. *Soc Sci Med*, v. 12, p. 85-93, 1978. (Parte B)
- NICÁCIO, M. F. Da instituição negada à instituição inventada. In: LANCETTI, Antonio; JATENE, A. (Coord.). *SaúdeLoucura*. São Paulo: Hucitec, 1990. p. 91-108. v. 1.

NUNES, M. O.; JUCÁ, V. J.; 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. *Cad Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 23, n. 10, out., p. 2375-2384, 2007. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csp/v23n10/12.pdf>>. Acesso em: 10 abr. 2012.

NUNES, M. O. et al. A dinâmica do cuidado em saúde mental: signos, significados e práticas de profissionais em um Centro de Assistência Psicossocial em Salvador, Bahia, Brasil. *Caderno Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 24, n. 1, p. 188-196, jan., 2008. Disponível em: <<http://www.scielosp.org/pdf/csp/v24n1/18.pdf>>. Acesso em: 10 abr. 2012.

NUNES, M. O.; TORRENTE, M. de. Estigma e da violência no trato com a loucura: narrativas de centros de atenção psicossocial, Bahia e Sergipe, Nordeste do Brasil. *Revista Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 43, suppl.1, p. 101-108, 2009. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rsp/v43s1/752.pdf>>. Acesso em: 10 abr. 2012.

RICOEUR, P. Linguagem como discurso. In: RICOEUR, P. *Teoria da interpretação: o discurso e o excesso de significado*. Lisboa: Edições 70, 1976. p. 13-35.

RICOEUR, P. I. *Le conflit des interprétations: essais d'herméneutique I*. Paris: Seuil, 1969.

SANTOS, B. S. Ciência e senso comum. In: SANTOS, Boaventura S. *Introdução a uma ciência pós-moderna*. Rio de Janeiro: Graal, 1986. p. 31-46.

SARACENO, B. Reabilitação psicossocial: uma estratégia para passagem do milênio. In: PITTA, A. (Org.). *Reabilitação psicossocial no Brasil*. 2. ed. São Paulo: Hucitec, 2001. p. 13-18. (Saúdeloucura, 10)

SCHRAIBER, L. B. Políticas públicas e planejamento nas práticas de saúde. *Saúde Debate*, Manguinhos, n. 47, p. 28-35, 1995. Disponível em: <<http://www.saudeemdebate.org.br/edicoes/index.php>>. Acesso em: 10 abr. 2012.

TENÓRIO, F. *A psicanálise e a clínica da reforma psiquiátrica*. Rio de Janeiro: Rios Ambiciosos, 2001.

A ética no campo da saúde mental

reflexões a partir de uma residência multiprofissional

Maria Thereza Ávila Dantas Coelho

Refletir sobre a ética no campo da saúde mental, a partir da experiência da Residência Multiprofissional em Saúde Coletiva com área de concentração em Saúde Mental, desenvolvida pelo Instituto de Saúde Coletiva da Universidade Federal da Bahia (UFBA/RMSM-ISC), é pensar, dentre outros pontos, sobre os valores que norteiam as ações e a formação dos profissionais que estão envolvidos neste processo. Considerando que essa Residência caminha na direção das diretrizes de uma nova política de saúde mental, se faz necessário retomar alguns princípios fundamentais do movimento da Reforma Psiquiátrica Brasileira, para com eles problematizar questões ligadas à ética neste campo.

No contexto dessa, é de extrema relevância a reflexão sobre questões como o trabalho em equipe multiprofissional e interdisciplinar; a pluralidade dos saberes; a complexidade das práticas e dos serviços assistenciais; a desospitalização; a mudança de ações da área intra-hospitalar especializada para a extra-hospitalar, nos serviços ambulatoriais e centros de atenção diária; a desinstitucionalização; a ampliação e proteção dos direitos à saúde e o respeito à cidadania das pessoas acometidas por transtornos mentais. (JORGE; FRANÇA, 2001) Esses direitos incluem

os concernentes às liberdades fundamentais, como o direito de viver na comunidade.

No processo da Reforma, tem-se assinalado que, às instituições de saúde, cabe não apenas enfatizar a dimensão técnica das práticas, mas também a sua dimensão ética, buscando superar a visão de uma terapêutica voltada apenas para a remoção dos sintomas, a adaptação à realidade ou a supressão das carências, valorizando assim os aspectos subjetivos, além dos sociais e políticos da existência dos usuários. (NUNES; JUCÁ; VALENTIM, 2007) Nesse sentido, além da discussão das políticas de saúde dirigida à assistência à saúde mental e dos esforços legislativos que dão respaldo à transformação das práticas, é imperativo a reflexão sobre os valores que norteiam as ações no campo da saúde mental.

Rotelli e Amarante (1992) têm defendido que, de acordo com os princípios da Reforma, não é suficiente substituir o manicômio por outros serviços. É necessária uma mudança radical, que construa novas formas de entender, lidar e tratar a loucura. A Reforma Psiquiátrica, ao produzir um novo espaço para os indivíduos considerados loucos, objetiva transformar o imaginário social, o que inclui as representações e os preconceitos que a sociedade tem sobre a loucura. (BOTTI; COTTA; CÉLIO, 2006) Para que isso possa ocorrer, é preciso transportar a loucura para fora dos muros institucionais, promovendo mudanças no interior da sociedade, revendo valores e crenças excludentes e estigmatizantes. Isso parte do pressuposto de que é possível às pessoas consideradas loucas a assunção de diversos papéis na sociedade, a partir de suas habilidades. Para tanto, tais pessoas precisam ser socialmente reconhecidas e respeitadas em suas diferenças.

Inspirada no movimento da Reforma Psiquiátrica Italiana, a Reforma Psiquiátrica Brasileira fundamentou-se, então, na intenção de desconstrução progressiva de toda instituição ou prática de caráter manicomial excludente das pessoas portadoras de transtorno mental, desenvolvendo estratégias sociais, políticas e culturais que assegurassem ao louco um lugar de cidadão. (ALVERGA; DIMENSTEIN, 2006; BARRETO, 2008;

BERLINCK; HIRDES, 2009; FRAGA; SOUZA; BRAGA, 2006; MAGTAZ; TEIXEIRA, 2008; NUNES; JUCÁ; VALETIM, 2007; OLIVEIRA; ALESSI, 2005; TENÓRIO, 2002) O território ganhou centralidade nesse movimento, na ideia de que os portadores de transtornos mentais habitem os espaços da comunidade, saindo dos lugares de reclusão e de marginalização real e simbólica em que vivem. Compreendido como um espaço geográfico habitado, constituído por significados e afetos, o território é o espaço possível dos laços sociais e da garantia da qualidade de vida, da manutenção econômica e do exercício político dos cidadãos.

No campo mais amplo da saúde, a estigmatização que recaiu sobre os portadores de transtornos mentais contou com o apoio de profissionais de saúde de diversas áreas disciplinares. (NUNES; JUCÁ; VALETIM, 2007) Isso ficou visível no exílio vivido pelo campo da saúde mental nas instituições de saúde, explicitado pela construção de hospitais e ambulatórios psiquiátricos separados dos hospitais e ambulatórios gerais. No nível da atenção básica à saúde, num estudo recente, efetuado na cidade de Salvador/Bahia, com quatro equipes do Programa Saúde da Família (PSF), verificou-se que as concepções e práticas em saúde mental aí vigentes nem sempre condiziam com os princípios da Reforma Psiquiátrica Brasileira, sobretudo no que diz respeito à reinserção social dos portadores de transtornos mentais e à desestigmatização e cuidado efetivo destas pessoas. Entre as práticas realizadas com esses usuários pelas Equipes de Saúde da Família (ESF) estudadas, encontraram-se aquelas que foram consideradas como inadequadas ou pautadas em concepções ultrapassadas dentro do campo da saúde mental. Tais práticas diziam respeito a ações excessivamente normatizadoras, de cunho discriminatório e repressivo.

Nesse contexto, é importante ressaltar que o trabalho em equipe multiprofissional e interdisciplinar, a pluralidade dos saberes, a complexidade das ações e dos serviços assistenciais, a desospitalização, a desinstitucionalização, a ampliação e proteção dos direitos à saúde e o respeito à cidadania das pessoas acometidas por transtornos mentais só podem

se efetivar socialmente a partir de uma ética da diferença, que comporte uma relação não excludente com o que é da ordem do distinto, do estrangeiro. As ações terapêuticas e de promoção da saúde devem então ser pautadas pelo respeito à alteridade, contemplando os aspectos subjetivos e sociais.

É nessa direção que surge a proposição da clínica ampliada, considerando que não há problema de saúde ou doença que não estejam encarnados em sujeitos. (CAMPOS; AMARAL, 2007) Isso vai de encontro à universalidade do discurso da ciência, que nega qualquer subjetividade ao outro, destituindo-o de seu estatuto de humano e reduzindo-o a mero traço diferencial de raça, credo, estilo de vida, status socioeconômico ou normalidade. (KOLTAI, 2000) O humanismo atual, correlato do discurso da ciência, é fundado no absurdo lógico de querer que o outro seja um igual, de querer o bem do outro a qualquer custo, ainda que nada se queira saber dele, quando ele recusa este bem.

Diversos modelos teórico-técnicos integram a proposta da clínica ampliada; a atenção psicossocial e a clínica do sujeito são dois destes modelos. (BEZERRA; RINALDI, 2009) Eles não se recobrem, nem são excludentes, mas sim complementares. Tanto a ajuda concreta e cotidiana, quanto o trabalho subjetivo com a palavra, se fazem necessários à implementação da Reforma Psiquiátrica, em seus mais diversos objetivos e desafios atuais. Há quem defenda, entretanto, que a clínica do sujeito é a principal ampliação sugerida por essa proposição. (CAMPOS; AMARAL, 2007) Essa clínica implica a ampliação do grau de autonomia dos usuários, no que diz respeito à capacidade de lidar com sua própria rede e sistema de dependências (idade, doença, contexto sociocultural, relações afetivas e aspectos subjetivos). A capacidade de autocuidado e de estabelecimento de laço social são algumas expressões da autonomia pretendida. Lidar com as dimensões social e subjetiva das pessoas é o desafio proposto pela clínica ampliada, a ser concretizado através do apoio psicossocial, da educação em saúde e do poder transformador da escuta e da palavra.

Nesse contexto propositivo de modificações, a discussão ética se faz, então, indispensável. Que valores, que parâmetros nortearão as ações dos profissionais do campo da saúde mental? Que ética poderá subsidiar práticas transformadoras de uma realidade excludente e manicomial? Uma das respostas possíveis a essa questão diz respeito à ética da diferença. No campo da antropologia, essa ética se expressa pelo combate ao etnocentrismo. (RINALDI, 1996) No campo da psicanálise, revela-se através da ética do desejo e, no campo das ciências políticas, ela está ligada à democracia.

Do lado da antropologia, a ética da diferença diz respeito ao questionamento da racionalidade ocidental e à descoberta de outras racionalidades, presentes em outros universos culturais. (RINALDI, 1996) Não foi por acaso que Levi-Strauss (1970), ao tratar da formação do antropólogo, aproximou o trabalho de campo da análise pessoal, postulando que o trabalho de campo pode produzir uma revolução interior e um homem novo. Escutar a si mesmo e ao outro como diferentes é tarefa principal desses dois trabalhos: o antropológico e o psicanalítico. (RINALDI, 1996) Isso implica estar aberto ao inesperado e poder falar sobre ele. Implica ainda o duplo movimento de transformar o estranho em familiar e o familiar em estranho, desnaturalizando o que está cristalizado.

Do lado da Psicanálise, esse aspecto foi abordado por Freud (1980a) em seu texto *O Estranho*. Analisando esse termo no idioma alemão (*unheimlich*), ele mostrou a sua ambivalência, já que este termo abarca o sentido oposto do familiar (*heimlich*). Indo além do universo da consciência, Freud mostrou que o sujeito não é homogêneo, mas dividido, e que há um outro que fala em nós, desconhecido, a que chamou de inconsciente. O estranho é, portanto, o desejo que há muito tempo atrás foi familiar e que se tornou estrangeiro pela operação do recalçamento, através da sua retirada do domínio da consciência e exílio no inconsciente. O estranhamento, nessa perspectiva, é uma das variações da angústia, um modo de se tomar consciência do que é recalçado, sem aceitá-lo. O desejo recalçado pode ser visto como uma terra estrangeira interna, assim como

a realidade pode ser vista como uma terra estrangeira externa. (FREUD, 1980b) O trabalho de análise e o trabalho de campo possibilitam, assim, um deslocamento do eu e dos próprios valores, um encontro com a alteridade da cultura e com a própria alteridade. (RINALDI, 1996) Trata-se, portanto, de manter o olhar estrangeiro e de poder olhar para o outro como estrangeiro, sem reduzir a sua alteridade.

No campo da ciência política contemporânea, a relação com a diferença tem sido discutida a partir do contraponto entre o Estado moderno democrático e o totalitarismo. Para Foucault (2006), o surgimento do Estado moderno pressupõe, de um lado, o reconhecimento e a exclusão da diferença e, por outro, a necessidade de por em prática formas de controle e isolamento que impeçam a diferença de contagiar a classe dominante. A sociedade burguesa criou um poder disciplinar, que é exercido ao longo de todo o tecido social e micropolítico.

Se a democracia permite a convivência com um mínimo de diferenças (credo, raça, pensamento, individualidade), no totalitarismo a segregação nega a condição humana ao outro. (KOLTAI, 2000) A palavra segregação vem do latim *segregare* e significa separar do rebanho. Diferentemente do totalitarismo, a democracia permite o reconhecimento do outro como desconhecido, como uma forma do reconhecimento de sua singularidade e do desconhecido que há em si mesmo. No totalitarismo, por sua vez, o ódio é o cimento do laço social. Há aí um ódio não apenas do outro, rejeitado para fora do grupo, mas também da dimensão subjetiva do homem. Nessa perspectiva, o totalitarismo é a vontade de ver a sociedade como una. Uma sociedade totalitária nega, portanto, suas divisões e confunde as instâncias do poder, da lei e do saber. De acordo com Lefort (1983), de forma diversa, na democracia o lugar do poder é um lugar vazio. Os governantes exercem o poder, mas não podem se apropriar dele. O líder totalitário, por sua vez, imagina poder encarnar o poder com sua própria pessoa.

A ética da diferença (RINALDI, 1996) propõe, assim, que, nos planos da cultura, da subjetividade e da política, se possa conviver com outras

normas de regulação, expressão e convívio social, não restritas aos valores hegemônicos e normativos. Isso possibilita a emergência da diferença subjetiva e implica o respeito à alteridade. A formação de profissionais no campo da saúde mental deve, então, se pautar em valores que subsidiem a consecução desses objetivos. É nessa direção que a RMSM-ISC, tem buscado caminhar. A formação de profissionais para atuação nesse campo requer um diálogo interdisciplinar, capaz de sustentar as especificidades de cada disciplina e construir práticas inovadoras a partir da interlocução de diferentes saberes. Psicólogos, assistentes sociais, enfermeiros, terapeutas ocupacionais, professores de educação física e cientistas sociais interagem em módulos teóricos e em distintos centros de atenção psicossocial, entre si, com outros profissionais e com usuários destes centros, assim como com preceptores, tutores e coordenação da residência, elaborando propostas novas e realizando atividades intra e extramuros, que fazem repensar as práticas cotidianas. Nesse processo, a ética da diferença (RINALDI, 1996) ora se apresenta como facilitadora da interação entre os distintos profissionais, ora se mostra como um desafio a ser perseguido pelos mesmos, ainda não atingido em determinados momentos. Algumas situações vivenciadas nas relações entre residentes e técnicos dos serviços, residentes e demais residentes, e entre residentes e usuários podem nos ajudar a problematizar essa questão.

No que diz respeito às relações entre residentes e técnicos dos serviços, estas foram atravessadas pela diferença de lugar que, respectivamente, ocuparam os profissionais da residência e do serviço. Ou seja, embora todos fossem profissionais, com graus variáveis de experiência no campo, o fato de alguns serem residentes e outros serem técnicos concursados ou contratados pelo serviço produziu, em alguns casos, efeitos de grupo, que se refletiram na forma como cada um percebeu e lidou com o outro do outro grupo. Em alguns momentos, a interação foi enriquecedora e ações puderam ser desenvolvidas conjuntamente. Os residentes e os técnicos puderam construir projetos, realizar trabalhos de grupo e/ou visitas no território a usuários e familiares juntos.

Um grupo de residentes revelou, por exemplo, que a equipe de um CAPS mostrava-se aberta a sugestões e a críticas, evidenciando disponibilidade em constituir parcerias e em trabalhar em conjunto.

Em outros momentos, um estranhamento e uma tensão se estabeleceu entre residentes e técnicos, como se a especificidade e/ou a diferença de saberes e de práticas gerassem uma série de ações, sentidas como rejeição ou exclusão. Os residentes se queixavam, então, de não serem convidados para as reuniões de construção dos projetos de trabalho, sentiam-se percebidos ora como meros executores, ora como donos de um saber acadêmico ou como pessoas muito politizadas. Ao mesmo tempo, comentavam que alguns técnicos se viam como portadores de um saber diferenciado e que, por isto, eles não respeitavam a autonomia dos residentes.

Nesse contexto, as críticas que por ventura surgiram entre residentes e técnicos dos serviços nem sempre foram recebidas como construtivas e, às vezes, geraram um mal-estar. Nem sempre quem fazia a crítica se implicava no processo ou se mostrava solidário, permanecendo às vezes numa posição distanciada e avaliativa, que incomodava. Em tais momentos, a convivência ficava difícil e a tolerância à diferença era algo a ser conquistado. Os residentes se queixaram de que os técnicos dos serviços pareciam temer que o trabalho deles aparecesse mais e afirmaram que alguns dos técnicos, que possuíam um contrato de trabalho temporário, pareciam temerosos de perder seu emprego e de que lhes fosse roubado o seu lugar. Na visão dos residentes, a entrada deles no serviço era percebida, às vezes, como uma intrusão, o que provocava reações de afastamento e de fechamento da parte dos técnicos.

Processos arcaicos, ligados à constituição do eu, podem nos ajudar a problematizar o que se passou nesse contexto. No processo de constituição e de diferenciação entre o eu e o outro, o primeiro afeto despertado pela intrusão do semelhante em nossa vida é o ódio. (KEHL, 2002) O semelhante é sempre um semelhante na diferença. Ele invade nosso campo narcísico para nos roubar alguma coisa: ou o amor da mãe ou

nossa certeza sobre nós mesmos. Por ser ao mesmo tempo tão semelhante e tão diferente, o próximo nos desloca de nossa identidade (uma ilusão narcisista) e nos faz questionar quem somos nós e quem são os outros. Só depois de nos desestabilizar assim é que o próximo pode ser uma fonte de aprendizado e de novas identificações.

O narcisismo das pequenas diferenças pode também nos ajudar a problematizar a experiência dos diversos atores que interagem nesse processo de formação profissional. Essa expressão diz respeito à rivalidade existente entre povos aparentados e ao processo pelo qual, na constituição de um grupo, a hostilidade é deslocada para fora dele, de modo que o *nós* se constitui por oposição aos outros. (FREUD, 1980f, 1980d) Na perspectiva freudiana, a hostilidade que combate a solidariedade em toda relação humana é derivada do narcisismo das pequenas diferenças. Ela está presente tanto na relação entre as diversas culturas, quanto na relação entre os diversos subgrupos e entre os indivíduos de um mesmo subgrupo. Essa forma de constituição e de relação entre distintos grupos pode, também, ter se presentificado no âmbito da Residência, em alguns momentos.

As relações entre os residentes, por sua vez, também foram marcadas por variações e oscilações do mesmo tipo. Ora eles percebiam as suas interações como positivas, ora eles não conseguiam lidar com a falta de atitude esperada e desejada do colega, em determinadas situações. Houve momentos em que a comunicação entre os residentes ficou muito prejudicada, como se a interdisciplinaridade dissesse respeito apenas à relação entre eles e os técnicos dos serviços e não abarcasse as relações entre os mesmos. São ilustrativas dessa situação as atitudes de isolamento dentro do grupo, a formulação de críticas veladas e não compartilhadas, a dificuldade de elaboração de relatórios em conjunto, etc. Essas atitudes foram trabalhadas pelos residentes com os seus preceptores e respectivos terapeutas, ao longo da experiência da Residência, o que possibilitou a transformação e a melhoria da interação entre eles. É importante ressaltar que, em muitos momentos, as relações entre os

residentes foram de cooperação e ajuda mútua, através do compartilhamento de saberes e de um fazer conjunto.

No que diz respeito às relações entre os residentes e os usuários, a aceitação da diferença mostrou-se mais ampliada. O fato de os usuários serem percebidos pelos residentes como excluídos socialmente, e de os residentes terem apresentado um fascínio pela diferença transmitida pela experiência da loucura, geraram um movimento de busca de inclusão social destes usuários, de quebra de limites e de convívio com a alteridade. A loucura, de certa forma, constituiu um passaporte para a aceitação da diferença, nesse caso. É como se a diferença já fosse esperada no contexto da loucura e fizesse parte do cenário de trabalho previsto. Comportamentos agressivos, pensamentos delirantes e reações diversas a uma mesma terapêutica, fosse ela de qualquer natureza, eram acolhidos e manejados pelos residentes sem preconceitos ou intolerância.

Alguns fragmentos textuais, que dizem respeito à ética da diferença na relação entre residentes e usuários, podem ilustrar isso. A residente Priscila Coimbra Rocha em coautoria com Itatyane Nascimento e Renata Maria Costa, em outro capítulo deste livro, – “Romper a incabível prisão: abrindo cárceres com cuidado” – ressalta que:

o papel dos técnicos na construção de uma lida com a loucura é de fundamental importância e deve ser contínua. A relação com o bizarro em um serviço aberto de saúde mental deve ser regulada por uma auto-gestão de trabalhar com, construir junto, mitigando, assim, as relações de poder que estabelecem quem detém o saber e o poder sobre o fenômeno.

Um grupo de residentes, referindo-se às suas atividades num CAPS, mostrou uma preocupação quanto à não aceitação de parte da equipe em relação à não privação da droga por alguns usuários, defendendo a perspectiva de que a demanda de tratamento do usuário não implica uma demanda de abstinência. Outro grupo de residentes, ao discorrer sobre um Grupo de Trabalho desse mesmo serviço, relatou que o

mesmo teve como premissa ética o respeito à opinião do outro, contemplando a diversidade das experiências humanas. Por fim, um quarto coletivo de residentes, em relatório sobre sua experiência também num outro CAPS, salientou que, no que diz respeito às relações mãe-filho, as falas das mães sobre os filhos que faziam tratamento. Por sua vez, um terceiro coletivo de residentes, num outro CAPS, descreveu a sua proposta de um grupo para tratar de questões ligadas à sexualidade tendo como norte as idéias de cidadania e respeito à diversidade. Na perspectiva dos residentes, a sexualidade é balizada pelos valores vigentes na cultura, de modo que não há como julgar como certas ou erradas as preferências de cada um. Por fim, um quarto coletivo de residentes salientou que, no que diz respeito às relações mãe-filho, as falas das mães sobre os filhos que faziam tratamento na unidade em questão expressavam que estas mães não viam seus filhos como outros sujeitos, mas como extensões de si mesmas.

Pelo que foi exposto acima, podemos considerar que escutar a si mesmo e ao outro em sua diferença é uma das tarefas principais dos profissionais do campo da saúde mental, tarefa esta que tem seus pressupostos teóricos e metodológicos originalmente nos trabalhos antropológico, político e psicanalítico. (RINALDI, 1996) Isso implica poder olhar para o outro como distinto, sem reduzir a sua alteridade. Tratar o outro como próximo possibilita, então, uma fraternidade que parte da diferença. Nos moldes atuais, a fraternidade e o amor em relação ao semelhante estão fundados, muitas vezes, sobre a segregação e o ódio ao diferente. (KOLTAI, 2000) É a negação do estrangeiro que une os semelhantes, assim como é a segregação que funda a fraternidade entre os supostamente iguais. Daí a intolerância à diversidade da parte de muitos grupos sociais.

Para que a fraternidade possa estar fundada na aceitação da diferença, é preciso haver uma mediação simbólica. Na relação simbólica há um pacto, há a subjetivação do outro por meio da palavra, que é reconhecido para além do conhecido. A metáfora schopenhaueriana dos porcos

espinhos,¹ utilizada por Freud (1980e) em seu texto *Psicologia de Grupo e Análise do Eu*, pode ilustrar essa intermediação simbólica. Para que o eu e o outro não se misturem, a ponto de ilusoriamente se homogeneizarem, é preciso encontrar uma distância ótima, que permita a tolerância e a alteridade entre eles.

A ética da diferença se opõe, assim, a qualquer tipo de universalização moral e se distancia do conjunto de regras que funciona como sistema de coação social. (RINALDI, 1996) No campo da moral, a relação do homem com a sua ação está regida por ideais, que pressupõem o alcance de algum bem. A ética do desejo aponta, entretanto, para a diversidade das tendências humanas no que diz respeito à sexualidade e a seu caráter desarmônico e particular. A ambição de curar é vista como algo que precisa ser redimensionado, se fica colocada nos termos de se querer o bem do outro. Em outro nível, trata-se de curar o sujeito de suas ilusões, dentre elas a promessa de felicidade plena e de acesso ao bem supremo. (LACAN, 1988)

No centro desta discussão está, portanto, a alteridade, que permite pensar a ética em outros termos que não os parâmetros do bem e do mal ou qualquer lógica binária que fique restrita à dualidade ou a apenas dois termos. Essa perspectiva propõe uma política da singularidade, na qual a única transgressão inadmissível é o assassinato da diferença. (SOUZA, 1991) O campo social pode, então, ser pensado não apenas como o lugar da disputa dos bens ou da luta pelo poder, estando o laço social fundado não só ou mais na partilha, mas na falta de objeto, de modo que o conformismo dos comportamentos socialmente esperados dê lugar à ação enquanto manifestação de desejo.

1 De acordo com essa metáfora, um grupo de porcos espinhos juntou-se, num dia de inverno, para aproveitar o calor uns dos outros e não morrerem congelados. Logo sentiram os espinhos uns dos outros e se separaram. A necessidade de novo aquecimento fez com que esse movimento se repetisse por várias vezes, até que eles descobriram uma distância intermediária, a partir da qual puderam coexistir.

A ética da diferença, nesse contexto, propõe um outro modo de funcionamento social, calcado no reconhecimento e na aceitação da singularidade dos indivíduos e da particularidade dos subgrupos. Para que a Reforma Psiquiátrica Brasileira continue avançando em nossa sociedade, é necessário que os atores envolvidos neste processo tenham esses valores como balizadores de suas ações. A desospitalização, a reorientação da atenção na direção da clínica ampliada e a desinstitucionalização só podem acontecer através de uma convivência entre distintos profissionais e saberes técnico-teóricos, pautada pela aceitação. O respeito à cidadania, aos direitos humanos diversos, o que inclui o direito à saúde, educação, trabalho, lazer, cultura, dentre outros, só poderá existir se os laços sociais se reestruturarem em outras bases que não a estigmatização e a exclusão dos que não se conformarem às normas hegemônicas. As diferentes manifestações da subjetividade humana só poderão ser acolhidas se modificarem as relações com o que é da ordem do estranho, do estrangeiro, o que requer ações políticas e assistenciais, transformações sociais e subjetivas. Transformar o imaginário social e o preconceito, as barreiras geopolíticas e psíquicas, possibilitando ampliar os espaços de circulação e de expressão são objetivos a serem atingidos, mediante uma reorientação ética que transcenda a perspectiva moralizante e contemple a convivência com a diferença.

Para finalizar, penso que, no contexto da Residência, esse foi um dos maiores desafios na formação de profissionais para atuação no campo da saúde mental, sobretudo no plano das relações entre os residentes entre si e entre eles e os técnicos dos serviços. Na prática, a interpersoalidade e a interdisciplinaridade foram vivenciadas, considerando-se a sua importância para a própria formação, ainda que, nem sempre, elas tivessem sido satisfatoriamente alcançadas. Em alguns momentos, a priorização do atendimento ao usuário “escondeu” as dificuldades de interação entre os profissionais que, entretanto, não deixaram de se manifestar por vias colaterais. Os próprios residentes, preceptores, tutores e a coordenação da Residência identificaram essas dificuldades a tempo

e buscaram desenvolver habilidades interpessoais e interdisciplinares, na direção de uma ética ampliada no campo da saúde mental, que contemple as relações interprofissionais.

Referências

ALVERGA, A. R.; DIMENSTEIN, M. A reforma psiquiátrica e os desafios na desinstitucionalização da loucura. *Interface - comunicação, saúde e educação*, Botucatu, v. 10, n. 20, p. 299-316, 2006. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/icse/v10n20/03.pdf>>. Acesso em: 12 abr. 2012.

BARRETO, J. Cidadania, subjetividade e reforma psiquiátrica. *Physis: Revista de Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 18, n. 2, p. 295-316, 2008. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/physis/v18n2/v18n2a06.pdf>>. Acesso em: 12 abr. 2012.

BERLINCK, M. T.; MAGTAZ, A. C.; TEIXEIRA, M. A reforma psiquiátrica brasileira: perspectivas e problemas. *Revista Latinoamericana de Psicopatologia Fundam*, São Paulo, v. 11, n. 1, p. 21-27, mar., 2008. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rlpf/v11n1/a03v11n1.pdf>>. Acesso em: 12 abr. 2012.

BEZERRA, D. S.; RINALDI, D. L. A transferência como articuladora entre a clínica e a política nos serviços de atenção psicossocial. *Revista Latinoamericana Psicopatologia Fundam*, São Paulo, v. 12, n. 2, p. 342-355, jun. 2009. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rlpf/v12n2/v12n2a08.pdf>>. Acesso em: 12 abr. 2012.

BOTTI, N. C. L.; COTTA, E. M.; CÉLIO, F. A. Visita ao museu de loucura: uma experiência de aprendizagem sobre a reforma psiquiátrica. *Revista Eletrônica de Enfermagem*, Goiás, v. 8, n. 1, p. 52-57, 2006. Disponível em: <http://www.fen.ufg.br/revista/revista8_1/original_06.htm>. Acesso em: 12 abr. 2012.

CAMPOS, G. W. S.; AMARAL, M. A. A clínica ampliada e compartilhada, a gestão democrática e redes de atenção como referenciais teórico-operacionais para a reforma do hospital. *Ciênc Saúde Coletiva*, Manguinhos, v. 12, n. 4, p. 849-859, jul./ago., 2007. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csc/v12n4/04.pdf>>. Acesso em: 12 abr. 2012.

FOUCAULT, M. *É preciso defender a sociedade*. Lisboa: Livros do Brasil, 2006.

FRAGA, M. N. O.; SOUZA, A. M. A.; BRAGA, V. A. B. Reforma psiquiátrica brasileira: muito a refletir. *Acta Paul Enfermagem*, São Paulo, v. 19, n. 2, p. 207-211, abr./jun., 2006. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/ape/v19n2/a13v19n2.pdf>>. Acesso em: 12 abr. 2012.

FREUD, S. O tabu da virgindade. In: FREUD, S. *Obras psicológicas completas de Sigmund Freud*. Rio de Janeiro: Imago, 1980f.

FREUD, S. O estranho. In: FREUD, S. *Obras psicológicas completas de Sigmund Freud*. Rio de Janeiro: Imago, 1980a.

FREUD, S. Psicologia de grupo e análise do eu. In: FREUD, S. *Obras psicológicas completas de Sigmund Freud*. Rio de Janeiro: Imago, 1980e.

FREUD, S. O mal-estar na civilização. In: FREUD, S. *Obras psicológicas completas de Sigmund Freud*. Rio de Janeiro: Imago, 1980d.

FREUD, S. Conferência 31- A Decomposição da Personalidade Psíquica. In: FREUD, S. *Obras psicológicas completas de Sigmund Freud*. Rio de Janeiro: Imago, 1980b.

HIRDES A. A reforma psiquiátrica no Brasil: uma re(visão). *Ciências Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 14, n. 1, p. 297-305, jan./fev., 2009. Disponível em: <<http://www.scielosp.org/pdf/csc/v14n1/a36v14n1.pdf>>. Acesso em: 12 abr. 2012.

JORGE, M. R.; FRANÇA, J. M. F. A Associação Brasileira de Psiquiatria e a reforma da assistência psiquiátrica no Brasil. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, São Paulo, v. 23, n. 1, p. 3-6, mar., 2001. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rbp/v23n1/a02v23n1.pdf>>. Acesso em: 12 abr. 2012.

KEHL, M. R. *Sobre ética e psicanálise*. Rio de Janeiro: Companhia das Letras, 2002.

KOLTAI, C. *Política e psicanálise: o estrangeiro*. São Paulo: Escuta, 2000.

LACAN, J. *O seminário, livro 7: a ética da psicanálise*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1988.

LEFORT, C. *A invenção democrática: os limites da dominação totalitária*. São Paulo: Brasiliense, 1983.

LEVI-STRAUSS, C. *Antropologia estrutural*. Rio de Janeiro: Tempo Brasileiro, 1970. v. 1.

NUNES, M.; JUCÁ, V. J.; 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. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 23, n. 10, p. 2375-2384, out., 2007. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csp/v23n10/12.pdf>>. Acesso em: 13 abr. 2012.

OLIVEIRA, A. G. B.; ALESSI, N. P. Cidadania: instrumento e finalidade do processo de trabalho na reforma psiquiátrica. *Ciência Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v.10, n. 1, p. 191-203, jan./mar., 2005. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csc/v10n1/a20v10n1.pdf>>. Acesso em: 13 abr. 2012.

RINALDI, D. *A ética da diferença: um debate entre psicanálise e antropologia*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1996.

ROTELLI, F.; AMARANTE, P. Reformas psiquiátricas na Itália e no Brasil: aspectos históricos e metodológicos. In: BEZERRA JÚNIOR, B.; AMARANTE, P. (Org.) *Psiquiatria sem hospício: contribuições ao estudo reforma psiquiátrica*. Rio de Janeiro: Relume-Dumará, 1992. p. 41-55.

SOUZA, O. Reflexão sobre a extensão dos conceitos e da prática psicanalítica. In: ARAGÃO, L. T. et al. *Clínica do social: ensaios*. São Paulo: Escuta, 1991.

TENÓRIO, F. A reforma psiquiátrica brasileira, da década de 1980 aos dias atuais: história e conceito. *História, Ciência, Saúde*, Manguinhos, v. 9, n. 1, p. 25-59, jan./abr., 2002. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/hcsm/v9n1/a03v9n1.pdf>>. Acesso em: 13 abr. 2012.

Corporeidade e saúde mental

rompendo dicotomias, buscando interfaces

Claudia Miranda Souza

INTRODUÇÃO

A proposta deste trabalho é refletir sobre os significados das práticas corporais, em especial as atividades físicas e esportivas (como a caminhada, a ginástica, a capoeira, os exercícios físicos) e os jogos recreativos e de lazer no cuidado à saúde mental, segundo os princípios da reforma psiquiátrica, considerando os paradigmas da clínica ampliada e da atenção integral à saúde. Essa reflexão se pauta na nossa experiência de orientação e acompanhamento de professores de educação física na Residência Multiprofissional em Saúde Coletiva com Área de Concentração em Saúde Mental, em quatro Centros de Atenção Psicossocial em Salvador (CAPS), sendo dois deles na categoria de CAPS II, um CAPS Álcool e outras Drogas e um CAPS Infante-Juvenil.

Durante os dois anos em que trabalhamos na Residência, observamos que as práticas corporais de movimento ocupam espaços frequentes no plano de atividades e oficinas desenvolvidas pelos serviços substitutivos em saúde mental. Em um dos serviços acompanhados, os exercícios físicos chegam a ocupar diariamente meio turno das atividades previstas

para os usuários durante toda a semana, intercalados, ainda, por práticas de caminhadas e passeios no território. Em outros casos, de forma mais dispersa e menos frequente, constatamos que as práticas corporais de movimento e os jogos recreativos (jogos de salão, jogos pré-desportivos e brincadeiras) são dispositivos considerados dentre as várias opções de atividades oferecidas aos usuários dentro destes serviços. Em apenas um dos CAPS acompanhados, que não possuía professores de educação física ou fisioterapeutas na equipe técnica até o início do segundo semestre do ano corrente, as práticas corporais limitavam-se aos passeios, seguidos de pequenas caminhadas no território.

Diante destas evidências poderíamos concluir que a oferta de atividades físicas e jogos recreativos para usuários atendidos nestes CAPS reflete a importância atribuída a essas práticas no campo da saúde mental. Os estudos de Wachs e Fraga (2009; 2007) e as próprias discussões e análises grupais realizadas durante a Residência nos levaram a contestar este entendimento e refletir sobre os limites e entraves das práticas corporais e da própria intervenção profissional de professores de educação física diante de dois modelos presentes no cotidiano dos serviços substitutivos em saúde mental: o biomédico tradicional e o da reforma psiquiátrica. Assim, buscamos problematizar nossa experiência e direcionar os estudos a partir das seguintes questões: Como se dá a participação de usuários, equipe técnica-profissional e familiares, no planejamento, execução e avaliação destas práticas? Qual o papel assumido pelos professores de educação física? Existe interface destas práticas com o projeto terapêutico e de promoção da saúde no plano individual e coletivo? De que modo essas práticas estão articuladas com o território e ações comunitárias? Possuem algum caráter interdisciplinar? Por fim, quais os pressupostos teórico-metodológicos que legitimam e orientam as práticas corporais desenvolvidas nos serviços substitutivos?

CONHECENDO LIMITES E ENTRAVES

Segundo Wachs (2007), a força do discurso biomédico é predominante na legitimação das práticas corporais no campo da saúde mental. Com base em uma experiência vivida na Residência Integrada com Ênfase em Saúde Mental, vinculada a um hospital psiquiátrico na região sul do Brasil, este autor reflete a presença da educação física nos serviços de saúde mental. Ele analisa os sentidos que as práticas de atividades físicas possuem, diante das recomendações do Center for Disease Control and Prevention (CDC) e do College of Sports Medicine (ACSM), segundo as quais as atividades físicas podem “melhorar a saúde mental seja por razões fisiológicas (como a produção de endorfinas) e razões psicológicas (como distração e interação social)”, (WACHS, 2007, p. 91) O pressuposto terapêutico das atividades físicas nesta abordagem, complementa o autor, teria a finalidade de remediar ou mesmo de substituir o tratamento medicamentoso, segundo o qual atividades como futebol e alongamentos teriam efeitos antidepressivos e de relaxamento, respectivamente.

A literatura sobre prevalência, padrões e efeitos da atividade física sobre os problemas de saúde mental é vasta tanto em nível internacional. (KNECHTLE, 2004; RICHARDSON et al., 2005; SCHMITZ; KRUS; KUGLER, 2004) como nacional (ADAMOLI; AZEVEDO, 2009; RICHARDSON et al., 2005; SILVEIRA; DUARTE, 2004) Entretanto, são muito escassos os trabalhos da educação física voltados para a saúde mental a partir do contexto da reforma psiquiátrica. Desta maneira, precisamos nos remeter aos estudos que tratam da relação entre a educação física e a saúde, de modo geral, buscando identificar suas possíveis conexões e implicações com o campo da saúde mental. Dito isso, podemos resgatar alguns trabalhos na área que apontam a hegemonia do enfoque biomédico na relação entre a educação (atividade) física e a saúde e analisar de que modo esses pressupostos teórico-metodológicos se refletem no cotidiano dos serviços substitutivos em saúde mental.

Segundo Gonçalves e Monteiro (1994, p. 36), nos estudos baseados em disciplinas médicas como anatomia, fisiologia, cineantropometria entre outras, enquanto abordagens mais evidentes para explicar a relação da atividade física com a saúde-doença, constata-se que: “[...] os conceitos de saúde e atividade física se restringem aos aspectos específicos das funções orgânicas e movimentos previamente determinados, aproximando-se muito mais dos estudos clínicos e de laboratório, sem relação direta com o coletivo.”

Através de uma relação de causa e efeito, visam verificar a possibilidade de desenvolvimento de patologias clínicas, como consequência da presença ou ausência de atividade física.

Carvalho (2001, p. 10) confirma esta tendência ao analisar a base da formação profissional de educação física, a qual “compreende, essencialmente, a dimensão biológica, orgânica na compreensão do Homem e do seu corpo no estudo, na reflexão e também na intervenção.” Para a autora, a questão do sujeito que pensa, pratica atividade física, experimenta emoções, tem desejos e carrega consigo sua própria história de vida, não tem sido considerada nos estudos acadêmicos e nas intervenções profissionais da área. Neste sentido, o “sujeito” estaria escondido em um grupo de sedentários ou praticantes de atividade física; atleta, não-atleta; em um grupo definido pela faixa etária (adulto, idoso); indivíduos sadios e doentes, entre outras conotações. (CARVALHO, 2001, p. 10)

No contexto da saúde mental, a influência das disciplinas médicas sobre a produção teórica e a prática profissional da educação física, como mencionado acima, tem se refletido na divulgação de trabalhos que reforçam a dimensão biológica e psicologizante do cuidado, sem nenhuma conexão com o modelo de atenção psicossocial. Os estudos de Roeder (2003, p. 76) são exemplares desta tendência. Para a referida autora, “[...] a atividade sensório-motora influencia diretamente a saúde física, o estado emocional e, indiretamente, a vida social” dos pacientes, cabendo ao profissional ou ‘terapeuta’ oferecer uma atmosfera receptiva de aceitação, que favoreça o seu cliente (sic) na sua viagem de autodescoberta,

pois “a cura é uma função natural do corpo”. Neste processo, seriam então valorizadas as atitudes individuais a partir do “reforço positivo do comportamento”, sendo este percebido como a melhor adaptação possível que o paciente “pode realizar no momento e serve, portanto, para manter a homeostase.” (ROEDER, 2003, p. 293) Em suas palavras:

Trabalhar na saúde mental significa apreender os fenômenos objetivos que afloram na vida do paciente psiquiátrico e que, de alguma maneira, podem ser percebidos, como por exemplo: o comportamento motor, a linguagem corporal, a frequência cardíaca do pulso [...]. Já os fenômenos subjetivos, vividos pelo próprio indivíduo, são inacessíveis

Ao contrário do que preconiza a reforma psiquiátrica, os trabalhos desenvolvidos pela maioria dos estudiosos da educação física tendem a reforçar o modelo hospitalocêntrico e institucionalizante do cuidado, exercendo influência direta sobre a intervenção profissional na área, conforme Wachs (2009, p. 92) observou em seus estudos sobre as atividades promovidas por graduados em educação física em hospital psiquiátrico:

[...] as atividades recreativas não se afastavam muito do funcionamento normatizador do manicômio [...]. A expectativa da instituição em relação a tais atividades era de que os pacientes gastassem suas ‘energias’; após sua realização, não fossem indisciplinados e, após certo tempo na ‘rua’, pudessem suportar a clausura.

De caráter complementar e subordinada às atividades desenvolvidas por psiquiatras, psicólogos e enfermeiros, as práticas de caminhadas e passeios externos desenvolvidos pelos professores de educação física, segundo Wachs (2009), possuíam relação direta com a ordem institucionalizante da doença mental, onde as atividades externas eram promovidas para os paciente crônicos e as atividades recreativas para os pacientes

agudos, sendo compreendidas “ora como mecanismo de barganha de comportamentos esperados ora como privilégio”, podendo ser vetadas em “caráter de castigo quando do desvio dos mesmos.” (WACHS, 2009, p. 91-92)

Do ponto de vista da nossa experiência local, alguns limites e entraves percebidos no cotidiano das práticas corporais realizadas pelos serviços merecem ser objeto de reflexão, tendo em vista o interesse em promover uma maior aproximação entre os sentidos e significados dessas práticas com o novo paradigma da saúde mental. A primeira questão diz respeito aos sentidos dessas práticas para os próprios usuários e seu projeto terapêutico. Do mesmo modo como deve acontecer com outras atividades terapêuticas nos serviços substitutivos em saúde mental, as práticas corporais devem ser planejadas e executadas tendo em vista a dimensão subjetiva e história de vida desses usuários, visando o fortalecimento da sua autonomia e reinserção comunitária. Organizar atividades como caminhadas, exercícios físicos e passeios com os usuários, indistintamente e sem vinculação com qualquer ação social ou comunitária, imprime a essas vivências pouco ou nenhum valor terapêutico, ou mesmo de promoção à saúde para os mesmos. Desconsiderar ou desconhecer as diferenças, os interesses e as necessidades dos usuários (inclusive das suas condições gerais de saúde) para realizar tais atividades, reforça seu papel secundário no plano das ações e cuidados à saúde mental. Em outras palavras, seu foco precisa se deslocar mais da atividade (como fim) para o usuário em si.

Atrelada à primeira questão, devemos refletir sobre o papel assumido pelos professores de educação física e áreas afins sobre as práticas corporais como dispositivo de intervenção nos serviços substitutivos. Diante de uma abordagem pedagógica freireana, pautada na educação libertária (FREIRE, 1983); e no cuidado à saúde humanitário e integralizador, esses profissionais devem assumir a condição de mediadores de processo, valorizando as experiências de cada usuário, suas concepções de saúde-doença, sua percepção sobre o sofrimento psíquico e o significado

das práticas corporais segundo seu contexto familiar e sociocultural. O modelo hierárquico, pautado na observação e orientação das práticas corporais pelos profissionais, não favorece o empoderamento dos usuários. A predominância de tal modelo nos serviços pode ser constatada, dentre outras coisas, pela ausência de planejamento e avaliação conjunta dessas práticas, isto é, pela equipe técnica, usuários e familiares.

Somam-se às questões anteriores a ênfase das atividades intramuros, no universo das práticas corporais, sem nenhuma articulação com território e reforçando o caráter institucionalizante do cuidado e a ausência de propostas interdisciplinares, reafirmando a tendência à biologização das atividades físicas ou de entretenimento para as atividades de lazer. Na maior parte das vezes, as ações ditas territoriais, geralmente se resumem a caminhadas e passeios em torno dos CAPS e de alguns locais públicos (praças, parques e praias).

Superar a visão biomédica e disciplinadora da educação física sobre a saúde mental deve ser compreendida como esforço fundamental para os estudiosos e profissionais que atuam na área. Para tanto, é preciso repensar nossa prática em relação aos processos e reformas políticas e culturais da saúde mental, buscando compreender o transtorno mental dentro de uma lógica integralizada do cuidado e de uma visão sociocultural sobre os transtornos mentais, no trabalho inter e transdisciplinar voltado à dimensão territorial e comunitária. Para tanto, precisamos reconhecer os serviços a partir de “uma estrutura bastante flexível para que não se tornem espaços burocratizados, repetitivos, pois tais atitudes representam que estariam deixando de lidar com as pessoas e sim com as doenças.” (AMARANTE, 2007, p. 83)

Aprofundaremos essas questões resgatando os princípios da reforma psiquiátrica e das políticas públicas recentes de promoção à saúde, analisando a relação destes princípios com o contexto das práticas corporais de movimento, tendo em vista a superação de uma visão individualizada, naturalizada e dicotomizada (em mente e corpo) da saúde-doença e o modelo institucionalizante destas práticas.

CONHECENDO POSSIBILIDADES E RESPONSABILIDADES

A Política Nacional de Promoção da Saúde [...] compreende que as Práticas Corporais são expressões individuais e coletivas do movimento corporal advindo do conhecimento e da experiência em torno do jogo, da dança, do esporte, da luta, da ginástica. São possibilidades de organização, escolhas nos modos de relacionar-se com o corpo e de movimentar-se, que sejam compreendidas como benéficas à saúde de sujeitos e coletividades [...]. (BRASIL, 2008)

Nesta definição, são destacadas as práticas de caminhadas e orientação para a realização de exercícios físicos e as práticas lúdicas, esportivas e terapêuticas. (BRASIL, 2006)

Associadas às ações de caráter estratégico na promoção da saúde na atenção básica, as práticas corporais devem ter como objetivo promover a melhoria da qualidade de vida e a prevenção do adoecimento, devendo os programas da área incluir “toda a comunidade adstrita, não devendo restringir seu acesso apenas às populações já adoecidas ou mais vulneráveis.” (BRASIL, 2008) Dentre as inúmeras ações previstas nesta política, nós destacaríamos: a) criação de espaços de inclusão social, com ações que ampliem o sentimento de pertencimento social nas comunidades, por meio da atividade física regular, do esporte e lazer, das práticas corporais; b) promoção da Educação Permanente em Atividade Física/Práticas Corporais, juntamente com as Equipes de Saúde da Família e Agentes Comunitários de Saúde, sob a forma de coparticipação, acompanhamento supervisionado, discussão de caso e demais metodologias da aprendizagem em serviço; c) disseminação de informações que visam à prevenção, à minimização dos riscos e à proteção à vulnerabilidade, buscando a produção do autocuidado e; d) articulação com diversos setores da administração pública, integrando ações sobre o conjunto de prioridades locais em saúde.

No que concerne às políticas de atenção e promoção à saúde mental, as práticas corporais e esportes são também descritas na perspectiva de produção de qualidade de vida, com ênfase nas ações integrais e promocionais de saúde (BRASIL, 2002). A 3ª Conferência Nacional de Saúde Mental defende que

[...] os espaços de promoção de saúde mental devem ser garantidos, estimulando a criação de grupos de convivência e oficinas terapêuticas na comunidade, em parceria com o serviço público, trabalhando de modo interdisciplinar e investindo na saúde mental das crianças, adolescentes, adultos e idosos, além de criar oportunidade de trabalho para atores sociais e profissionais de diversas áreas de conhecimento, tais como músicos, dançarinos, *professores de diversos esportes*. (BRASIL, 2002, p. 114, grifo nosso)

As práticas desportivas, atividades recreativas, culturais e de lazer, nos bairros, parques e ambulatórios de Saúde Mental, segundo as diretrizes nacionais para a saúde mental, devem ser apoiadas pelas três esferas de governo “para que as pessoas possam usar e desenvolver seu potencial.” (BRASIL, 2002, p. 124) Isto é, devem ser “pautadas em relações que potencializem a subjetividade, a autoestima, a autonomia e a cidadania e busquem superar a relação de tutela e as possibilidades de reprodução de institucionalização e/ou cronificação.” (BRASIL, 2002, p. 24)

Ainda em consideração aos princípios da política nacional da saúde mental, é importante relacionar os significados das práticas corporais, segundo uma proposta de trabalho interdisciplinar e multiprofissional,

[...] ‘na perspectiva do rompimento dos especialismos’ e da construção de uma intervenção profissional ‘atenta e sensível aos diversos aspectos do cuidado, garantindo que todo usuário dos serviços de saúde seja atendido [...] dentro de uma visão integral e não fragmentada da saúde’. (BRASIL, 2002, p. 68)

A integralidade do cuidado implica,

[...] além da articulação e sintonia entre as estratégias de produção da saúde, na ampliação da escuta dos trabalhadores e serviços de saúde na relação com os usuários, quer individual e/ou coletivamente, de modo a deslocar a atenção da perspectiva estrita do seu adoecimento e dos seus sintomas para o acolhimento de sua história, de suas condições de vida e de suas necessidades em saúde, respeitando e considerando suas especificidades e suas potencialidades na construção dos projetos e da organização do trabalho sanitário. (BRASIL, 2006, p. 16)

O conhecimento dessas diretrizes e políticas públicas não é suficiente nem garante a reversão de modelos e práticas historicamente arraigados na tendência biologicista do cuidado, nem da assistência hospitalocêntrica associadas às práticas corporais de movimento no campo da saúde mental. Elas representam um ponto de partida e, ao mesmo tempo, uma conquista de mais de duas décadas de luta em prol de uma nova cultura e modelo de atenção ao sofrimento humano, importantes para nos ajudar a repensar nossas práticas e concepções e, especialmente, nosso papel e responsabilidades diante deste processo de mudança.

Não cabe apenas às categorias profissionais, isoladamente, promover esta revolução. As diversas organizações e instituições sociais, como as ligadas à educação (escolas, universidades), as associações científicas, os conselhos profissionais, sindicatos dentre outras precisam exercer seu papel na construção e consolidação destas novas culturas. No campo da educação física, particularmente, e em todas as outras disciplinas da área da saúde, tudo isso só vai ter alguma repercussão à medida que também haja uma revolução em torno das abordagens pedagógicas e dos pressupostos teórico-metodológicos correspondentes na formação acadêmica.

Nosso foco neste processo, como já foi dito, deve deixar de ser ora a atividade (o esporte, os exercícios físicos, as brincadeiras), ora a doença em si e se voltar para os sujeitos social e culturalmente situados.

Os sentidos destas atividades e da própria intervenção profissional da área se darão a partir da consideração das experiências vividas pelos próprios sujeitos, através de sua corporeidade.

CORPOREIDADE E SAÚDE MENTAL: uma perspectiva para o cuidado integral

Os trabalhos desenvolvidos por Alves e Rabelo (1998) e Csordas (1990) são importantes referências para introduzir a discussão sobre o tema corporeidade explorado neste ensaio. A principal contribuição de Csordas (1990, p. 5) é a problematização do corpo humano “não como importante objeto de estudo antropológico”, mas como paradigma para estudar a cultura e a subjetividade. Com este mesmo entendimento, Alves e Rabelo (1998) buscam recuperar os conceitos de corporeidade e experiência de vida cotidiana como método de análise sobre os processos saúde-doença. Estes últimos autores questionam a abordagem frequente dos estudos sobre representações e práticas em saúde-doença, marcada por uma ideia de hierarquia e determinação das representações sobre as práticas. Segundo eles, a cisão entre representações e práticas corresponde a outras dicotomias clássicas das ciências sociais, como estrutura x ação, *langue x parole* e objetivo x subjetivo, e reforçam a dualidade clássica entre mente e corpo. (ALVES; RABELO, 1998, p. 108) Para esses autores, o conceito de experiência “tem sido desenvolvido como campo em que se entrecruzam essas dimensões” e favorece uma discussão sobre o corpo “enquanto fundamento da experiência e da cultura e a ideia de intersubjetividade, enquanto alternativa à oposição entre objetivismo e subjetivismo”.

Csordas (1990, p. 5) afirma que a abordagem sobre a corporeidade surge de um “postulado metodológico no qual o corpo não é um objeto para

ser estudado em relação à cultura, mas para ser considerado como sujeito da cultura, ou em outras palavras como a forma existencial da cultura.”

Seus estudos são baseados nas críticas sobre os dualismos formuladas por Merleau-Ponty e Bourdieu. Ambos buscam romper os sentidos dualísticos entre sujeito-objeto e estrutura-prática, considerando o corpo o *setting* da nossa relação com o mundo e a experiência vivida (prática) em contexto social e cultural. (CSORDAS, 1990)

Estes estudos são referências básicas para introduzir o debate em torno do caráter interdisciplinar necessário para a reflexão sobre o campo da educação física e a saúde, a fim de vencer dicotomias, fragmentações e dualidades mencionadas neste trabalho. Mas nosso propósito aqui não é reproduzir uma vasta discussão sobre este tema, mas situar nosso ponto de partida e, como já dissemos reafirmar a importância do diálogo da educação física com os diversos campos do conhecimento, visando construir e entender seus sentidos sobre o processo saúde-doença-cuidado, particularmente na área da saúde mental.

Torna-se crucial, portanto, reconhecer a contribuição da abordagem sócio-antropológica nos estudos sobre práticas corporais em saúde mental de modo a superar a tendência hegemônica, no campo da educação física, focada nos postulados anátomo-fisiológicos e clínicos. O esforço deve acontecer no sentido de superar a compreensão da corporeidade limitada ao corpo físico e a representação sobre a saúde-doença à dimensão mental.

Santin (2006, p. 55) analisa as perspectivas da educação física para o século XXI a partir do tema da corporeidade e coloca a situação de submissão, disciplinarização e desprezo desta em detrimento à espiritualidade e inteligência humana. Ele afirma que “as dimensões corporais não passam de uma categoria de valores secundários na vida humana”. Pautada no pensamento lógico-racional, onde a inteligência, ou a mente tem valor supremo, “o saber constituído pelo corpo não merece confiança, pois os sentidos e a sensibilidade são enganadores.”

A educação física sustenta Santin (2006, p. 61-62), estaria diante de duas alternativas: aperfeiçoar técnicas de rendimento (através de leis e princípios da física e da mecânica) ou arriscar-se pelos valores da estética (impulso sensível e descoberta da beleza), ou seja, valores associados ao prazer, destituídos de fim e de utilidade. Mas a educação física, segundo ele, classifica o corpo humano dentro da ótica da aptidão física e da capacidade para a prática de determinados exercícios “em nome do princípio da utilidade.” (SANTIN, 2006, p. 63) Nesta ótica, teríamos uma corporeidade disciplinada, isto é, vinculada ao estabelecimento de uma ordem social e cultural. Enquanto sob a ótica da estética, teríamos uma corporeidade cultuada e cultivada, com “a dignidade da ação sagrada e festiva e, ao mesmo tempo, a cotidianidade do esforço e do trabalho criativo.” (SANTIN, 2006, p. 64-67)

Repensar a relação saúde-doença-cuidado a partir da dimensão da corporeidade implica desconstruir modelos pautados em manuais e protocolos previamente determinados, com roteiros pré-estabelecidos em torno de padrões físicos (anátomo-funcionais) e psicomotores, como únicos ou mais importantes instrumentos de estudo e de intervenção científica ou técnica-profissional. O uso destes referenciais, tal como mencionamos no início deste trabalho, repercute na oferta de práticas corporais em saúde mental sem considerar desejos, histórias de vida, repertórios culturais, questões de gênero, condições gerais de saúde e, principalmente, potenciais criativos, críticos e reflexivos de pessoas em sofrimento psíquico. Essas questões não são menores e não devem ser negligenciadas nos planos terapêuticos individuais ou coletivos. Em outras palavras, não é o diagnóstico do sofrimento psíquico (psicose, autismo, esquizofrenia etc.) nem as atividades físicas, institucional e cientificamente recomendadas, que devem guiar exclusivamente nossas ações no cuidado à saúde mental. Se assim o fizermos, estaremos reproduzindo na saúde mental uma prática de educação física sem nenhum compromisso com os princípios de uma saúde humanizada e integral,

como encontramos no valioso processo de reforma sanitária e, especificamente, psiquiátrica vivenciada nas últimas décadas.

As pessoas não se tornam iguais ou se resumem ao seu quadro clínico psiquiátrico. Elas carregam diferenças e semelhanças porque são crianças, adolescentes, adultos ou idosos; porque são homens ou mulheres; porque possuíram ou possuem alguma experiência (prazerosa, significativa ou não) de práticas corporais como jogos populares infantis, andar de bicicleta, esportes, dançar, nadar na praia; ou talvez porque apresentam condições socioeconômicas desprivilegiadas que restringem seus modos de vida. Enfim, são muitas situações, contextos e condições de vida diferentes. São pessoas com desejos e necessidades diferentes como todas as outras.

As práticas corporais no âmbito da saúde mental, para Wachs (2007, p. 95), devem ser compreendidas como “elementos constituintes de uma dada comunidade e constituídas por elas, de tal forma que se configuram como potencial veículo de pertencimento.” Para ele, essas práticas se tornam importante instrumento terapêutico à medida que façam sentido para o usuário pertencente de determinada comunidade. Dessa maneira, defende o autor, a realização de grupos terapêuticos em serviços de saúde mental voltados para práticas corporais tornam-se convergentes “à proposta de desinstitucionalização quando voltadas para a reinserção nas práticas da comunidade”. (WACHS, 2007, p. 95)

Durante nossa experiência nos serviços substitutivos, buscamos provocar frequentes reflexões sobre essas questões, visando redimensionar o lugar das práticas corporais no paradigma da reforma psiquiátrica. Estas reflexões foram possibilitadas em diferentes espaços e contextos pedagógicos, técnico-profissionais e políticos, emergentes durante os trabalhos realizados com o componente curricular corporeidade e saúde mental; no acompanhamento e discussão de casos clínicos; na construção de projetos interdisciplinares envolvendo práticas corporais e de lazer com usuários e; nas ações no território.

Foram múltiplas e plurais as ideias debatidas e situações vivenciadas neste nosso percurso. Algumas, de certo modo inesperadas, considerando a natureza inovadora, diria mesmo revolucionária da própria Residência. Como exemplo, em uma das primeiras reuniões técnicas com residentes e preceptores das diversas categorias profissionais, foi problematizada a questão do contato corporal com usuários dos serviços. Questionávamos a ênfase atribuída à fala, a narrativa dos sujeitos (usuários e familiares) e a pouca valorização da experiência, acompanhada de vivências corporais individuais ou coletivas. A práxis dos diferentes profissionais que compunham a equipe de residentes mostrou que estas preocupações eram pertinentes, já que muitas vezes o contato e até mesmo a construção de vínculos com os usuários eram sempre precedidos de alguma vivência corporal, muitas vezes atrelada à ludicidade. Neste contexto, jogos de futebol, capoeira, oficinas de pipas e arraias dentre outros jogos e brincadeiras, espontâneos ou sistemáticos, constituíam uma importante forma de comunicação e construção de vínculos entre profissionais e usuários, usuários e usuários e usuários e familiares, nos espaços intra e extramuros dos serviços.

Em outras circunstâncias, as práticas corporais foram valorizadas como importante recurso de inserção no território, através do reconhecimento do seu potencial para a prática de esportes e de lazer ativo. Os projetos que realizamos com este intuito indicavam a riqueza dos dispositivos territoriais para esta finalidade, quase nunca explorados pelos serviços, contrariando desejos e sentimentos de pertença dos usuários em relação aos espaços comunitários.

Na busca de um cuidado integral, foram elaborados projetos de práticas corporais envolvendo avaliação e acompanhamento das condições gerais de saúde dos usuários, através de parcerias com serviços da atenção básica. Neste caso, buscava-se reconhecer e promover alguma atenção às comorbidades enfrentadas pelos usuários.

Finalmente, considerando os paradigmas da clínica ampliada e da atenção integral à saúde, tendo como referência as práticas corporais

de movimento, destacamos algumas questões sintetizadoras de uma outra perspectiva de atuação profissional da educação física nos serviços substitutivos em saúde mental como: entendimento das práticas corporais como expressão subjetiva/objetiva dos modos de ser e interagir com o mundo, inclusive do ponto de vista da experiência do sofrimento psíquico; adoção de processos metodológicos que favoreçam a reflexão e a capacidade criativa; reconhecimento e valorização dos sujeitos da prática, respeitando desejos e repertórios socioculturais; democratização dos processos metodológicos, favorecendo a construção conjunta de atividades e projetos por profissionais e usuários em todas as etapas de desenvolvimento das práticas, começando com seu planejamento e finalizando com a avaliação das mesmas; diversificação e flexibilização das práticas, conforme interesse e condições de vida dos usuários e características territoriais dos serviços; ampliação do quadro de ofertas de práticas, envolvendo jogos recreativos, esportes, diferentes modalidades de ginástica, capoeira, lutas etc., de modo a valorizar a ludicidade, a cultura local e respeitar diferenças de gênero, idade, ocupação, entre outras; interdisciplinaridade das práticas, valorizando o trabalho em equipe com diferentes categorias profissionais; promoção de inclusão e cidadania, através de ações territoriais, buscando inserir usuários nos diferentes dispositivos comunitários voltados para práticas corporais; promoção de educação permanente através de oficinas e painéis temáticos, grupos de estudos, voltados para a promoção da saúde, prevenção de doenças e redução de danos em saúde mental, com foco nas práticas corporais e; por fim, o desenvolvimento de medidas específicas de redução de danos e acompanhamento de casos clínicos como forma de amenizar efeitos deletérios do uso de medicamentos ou mesmo, dos limites morfofuncionais e psicomotores decorrentes do adoecimento.

Referências

ADAMOLI, A. N.; AZEVEDO, M. R. Padrões de atividade física de pessoas com transtornos mentais e de comportamento. *Ciênc. saúde coletiva*, Rio de Janeiro, v. 14, n.1, p. 243-251, jan./fev., 2009. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csc/v14n1/a30v14n1.pdf>>. Acesso em: 30 abr. 2012.

ALVES, P. C. Repensando os estudos sobre representações e práticas em saúde-doença.

ALVES, P. C.; RABELO, M. C. M. (Org.). *Antropologia da saúde: traçando identidade e explorando fronteiras*. Rio de Janeiro: Relume-Dumará, 1998.

AMARANTE, P. D. *Saúde mental e atenção psicossocial*. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2007.

BAGRICHEVSKY, M.; PALMA, A. Saúde coletiva e educação física: aproximando campos, garimpando sentidos. PALMA, A.; GREUEL, A. E.; BAGRICHEVSKY, M. (Org.). *A saúde em debate na educação física*. Blumenau: Edibes, 2006. v. 2.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Relatório final da terceira conferência de saúde mental: cuidar sim, excluir não*. Brasília: Conselho Nacional de Saúde, 2002. Disponível em: <http://conselho.saude.gov.br/biblioteca/Relatorios/saude_mental.pdf>. Acesso em: 13 abr. 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Política nacional de promoção da Saúde*. Brasília: Ministério da Saúde, 2006. Disponível em: <http://www.pmf.sc.gov.br/arquivos/arquivos/pdf/28_11_2013_14.57.23.7ae506d47d4d289f777e2511c83e7d63.pdf>. Acesso em: 18 nov. 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria n. 154 de 24 de janeiro de 2008. Cria os Núcleos de Apoio à Saúde da família – NASF. Disponível em: <http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2008/prt0154_24_01_2008.html>. Acesso em: 18 nov. 2014.

CARVALHO, Y. M. Atividade física e saúde: onde está e quem é o “sujeito” da relação? *Rev Bras Ciênc Esporte*, Porto Alegre, v. 22, n. 2, p. 9-21, jan. 2001.

Disponível em: <<http://www.rbceonline.org.br/revista/index.php/RBCE/article/view/409/335>>. Acesso em: 13 abr. 2012.

CSORDAS, T. J. Embodiment as a paradigm for anthropology. *Ethos*, Arlington, v. 18, n. 1, mar., p. 5-47, 1990. Disponível em: <<http://openwetware.org/images/5/54/Csordas.pdf>>. Acesso em: 13 abr. 2012.

FREIRE, P. *Pedagogia do Oprimido*. 13. ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1983.

GONÇALVES, A; MONTEIRO, H. L. Salud y actividad física: evolucion de las principales concepciones y practicas. *Ciênc Actividad Física*, v. 2, n. 3, p. 33-45, jan./ jun., 1994.

KNECHTLE, B. Influence of physical activity on mental well-being and psychiatric disorders. *Schweiz Rundsch Med Prax*, Suíça, v. 93, n. 35, p. 1403-11, ago., 2004.

PALMA, A.; GREUEL, A. E.; BAGRICHEVSKY, M. (Org.). *A saúde em debate na educação física*. Blumenau: Edibes, 2003.

PELUSO, M. A. M.; ANDRADE, L. H. S. G. Physical activity and mental health: the association between exercise and mood. *Clinics*, São Paulo, v. 60, n. 1, p. 61-70, jan./fev., 2005. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/clin/v60n1/23108.pdf>>. Acesso em: 13 abr. 2012.

RICHARDSON, C. R. et al. Integrating physical activity into mental health services for persons with serious mental illness. *Psychiatr Serv*, Boston, v. 56, n. 3, p. 324-331, mar., 2005. Disponível em: <<http://www.bu.edu/cpr/resources/articles/2005/richardson2005.pdf>>. Acesso em: 13 abr. 2012.

ROEDER, M. A. *Atividade física, saúde mental e qualidade de vida*. Rio de Janeiro: Shape; 2003.

SANTIN, S. Perspectivas na visão da corporeidade. In: MOREIRA, W. W. (Org.). *Educação física & esportes: perspectivas para o século XXI*. Campinas: Papyrus, 2006. p. 51-69.

SCHMITZ, N.; KRUS, J. M.; KUGLER, J. The association between physical exercises and health-related quality of life in subjects with mental disorders: results from a cross-sectional survey. *Prev Méd*, New York, v. 39, n. 6, p. 1200-1207, dez., 2004.

SILVEIRA, L.; DUARTE, M. Níveis de depressão, hábitos e aderência a programas de atividades físicas de pessoas diagnosticadas com transtorno depressivo. *Rev Bras Cine Des Hum*, Florianópolis, v. 6, n. 2, p. 36-44, 2004. Disponível em: <<http://www.periodicos.ufsc.br/index.php/rbcdh/article/view/3827/16798>>. Acesso em: 13 abr. 2012.

SOUZA, C. M. *Concepções de saúde em educação física na Bahia*. 1999. 121 f. Dissertação (Mestrado em saúde coletiva) - Universidade Estadual de Feira de Santana. Departamento de Saúde, 1999.

WACHS, F. Educação física e o campo da saúde mental: uma reflexão introdutória. In: FRAGA, A. B.; WACHS, F. (Org.). *Educação Física e saúde coletiva: políticas de formação e perspectivas de intervenção*. 2. ed. Porto Alegre: UFRGS, 2007.

WACHS, F.; FRAGA, A. B. Educação física em centros de atenção psicossocial. *Rev Bras Cienc Esporte*, Campinas, v. 31, n. 1, p. 93-107, set., 2009. Disponível em: <<http://www.rbceonline.org.br/revista/index.php/RBCE/article/view/634/394>>. Acesso em: 13 abr. 2012

À terceira margem

o ser/estar residente em uma estratégia de educação permanente para a formação de trabalhadores no campo da saúde mental

*Priscila Coimbra Rocha
Renata Maria de Oliveira Costa*

INTRODUÇÃO

O capítulo que ora se apresenta objetiva refletir sobre processos de formação e de trabalho em saúde mental, vivenciados por uma residente, visando à produção de novos conhecimentos e ao desenvolvimento de novas práticas de saúde consoantes com os princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde (SUS) e do modelo de atenção psicossocial e antimanicomial da Reforma Psiquiátrica Brasileira. Para tanto se defendem as seguintes ideias: a Educação Permanente em Saúde como vertente pedagógica produtora de mudanças, de modelos de atenção e de formação, e a Residência Multiprofissional em Saúde Coletiva com área de concentração em Saúde Mental como estratégia de educação permanente para a formação de trabalhadores no campo da saúde mental. Aliadas a tais ideias discute-se o ser/estar residente como uma possibilidade terceira,

associada à formação afetiva produzida, nos serviços substitutivos de saúde mental, como o olho do furacão antimanicomial.

CONTEXTUALIZANDO QUESTÕES: construindo reflexões

Se a educação sozinha não transforma a sociedade,
sem ela tampouco a sociedade muda.

(FREIRE, 2000, p. 67)

A formação e desenvolvimento de trabalhadores de saúde que atendam às exigências do SUS têm se configurado em grande preocupação por parte dos atores sociais interessados na plena consolidação desse sistema. A organização social dos serviços de saúde influencia a educação dos trabalhadores, mas ao mesmo tempo as universidades influenciam a formação dos trabalhadores que irão interferir na organização dos serviços de saúde, facilitando ou dificultando as mudanças necessárias ao fortalecimento do SUS. (PAIM; TEIXEIRA, 2002 apud PINHEIRO et al., 2003)

[...] A formação na área da saúde deve ter como objetivo a transformação das práticas profissionais e da própria organização do trabalho, bem como estruturar-se para oferecer acolhimento e cuidado às várias dimensões e necessidades de saúde das pessoas, dos coletivos e das populações. Sendo a formação uma tarefa socialmente necessária, ela deve guardar para com a sociedade compromissos ético-estético-políticos e não pode apenas estar atrelada a valores tradicionais, mas sim acompanhar às transformações da sociedade e aos valores em mutação. (SILVA et al., 2007, p. 56)

No contexto brasileiro, das Reformas Sanitária e Psiquiátrica, há consenso entre os estudiosos que um grande desafio para a consolidação do SUS e para a reorientação do modelo de atenção em saúde mental é a formação dos trabalhadores da saúde. (CONASS, 2007; PINHEIRO et al., 2003; SILVA et al., 2007)

Inúmeros estudos e trabalhos assinalam a crise na formação e no desenvolvimento dos recursos humanos em saúde, decorrente tanto de determinantes externos, quanto internos. Relacionam-se entre os primeiros as mudanças do processo produtivo e aspectos relativos ao mercado de trabalho e à organização dos serviços. Quanto aos internos ao processo educacional, são enfatizados a especialização exagerada, a desarticulação ensino-serviço, e a desintegração biológico-social, básico-profissional, individual-coletivo. (CONASS, 2007)

Diante de tais desafios, com vistas ao enfrentamento e à superação dos mesmos, uma estratégia possível, e desejável, é utilizar a educação permanente em saúde para a formação dos trabalhadores da saúde e, conseqüentemente, fortalecimento do SUS, uma vez que esta possibilita ao mesmo tempo o desenvolvimento pessoal daqueles que trabalham na saúde e o desenvolvimento das instituições. Além disso, reforça a relação das ações de formação com a gestão do sistema e dos serviços, com o trabalho da atenção à saúde e com o controle social.

Nesse contexto, e dentre as diversas modalidades de formação, reconhece-se a “Residência” como um potente modo de especialização no campo da saúde coletiva, capaz de promover a integração entre grandes áreas, como gestão e planejamento, epidemiologia e ciências sociais, na formação profissional. Além disso, a função da natureza da “Residência” permite a aplicação prática do conjunto de saberes que compõe o campo da saúde coletiva no enfrentamento dos problemas de saúde contemporâneos. (DESAFIOS..., 2009)

EDUCAÇÃO PERMANENTE EM SAÚDE: vertente pedagógica que produz mudanças, de modelos de atenção e de formação

A educação é um quefazer permanente. Permanente, na razão da inconclusão dos homens e do devenir da realidade. A educação se re-faz constantemente na práxis. Para ser tem que estar sendo.

(FREIRE, 2005, p. 84)

A Educação Permanente em Saúde (EPS) pode ser entendida, ao mesmo tempo, como uma prática de ensino-aprendizagem e como uma política de educação na saúde. (CECCIM; PERLA, 2008) Como prática de ensino-aprendizagem significa a produção de conhecimentos no cotidiano das instituições de saúde, a partir da realidade vivida pelos atores envolvidos, tendo os problemas enfrentados no dia a dia do trabalho e as experiências desses atores como base de interrogação e mudança. A mesma se apoia no conceito de ensino problematizador (inserido de maneira crítica na realidade e sem superioridade do educador em relação ao educando) e de aprendizagem significativa (interessada nas experiências anteriores e nas vivências pessoais dos educandos, desafiante ao desejar mais), ou seja, ensino-aprendizagem embasado na produção de conhecimentos que respondam a perguntas que pertencem ao universo de experiências e vivências de quem aprende e que gerem novas perguntas sobre o ser e o atuar de cuidar no mundo.

Como política de educação na saúde, a EPS envolve a contribuição do ensino à construção do SUS. Não expressa uma opção didático-pedagógica, expressa uma opção político-pedagógica. É a estratégia do SUS para a formação e o desenvolvimento de trabalhadores para a saúde. É o ato de colocar o trabalho em análise, as práticas cotidianas em aná-

lise, as articulações formação-atenção-gestão-participação em análise, não se trata de conhecer mais e de maneira mais crítica e consciente, trata-se de mudar o cotidiano do trabalho na saúde e de colocar o cotidiano do trabalho em invenção viva (em equipe e com os usuários).

Nessa direção, cabe a EPS a importante possibilidade de recolocar o lugar do trabalhador como protagonista efetivo nos processos de formação e de trabalho e “à área da formação, então, não mais um lugar secundário ou de retaguarda, mas um lugar central, finalístico às políticas de saúde.” (CECCIM, 2005, p. 63) A introdução desta abordagem retiraria os trabalhadores da condição de recursos para o estatuto de atores sociais das reformas, do trabalho, das lutas pelo direito à saúde e do ordenamento de práticas acolhedoras e resolutivas de gestão e da atenção à saúde.

Há pouca bibliografia crítica sobre essa vertente pedagógica. Todavia, para não dizer que só falamos de flores, apresentamos algumas considerações realizadas por Campos (2006, p. 53-54) à EPS à época da 3ª Conferência Nacional de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde.

Essa perspectiva tem aspectos positivos, mas o que tem de pretensão revolucionária tem de baixa capacidade operacional. [...] O que é a educação permanente? Virou uma coisa sagrada, santa. Em função disso, houve uma subestimação do papel dos cursos regulares, tanto da graduação quanto da especialização. Em nome de uma educação na vida e no trabalho, que é importante, mas complementar, [...] se esquecem da importância do que denomino núcleo de conhecimentos e de responsabilidades que constituem a identidade de cada profissão, ficam no genérico, no que denomino de campo de saber. Ademais hiper valorizam o saber não formalizado [...]. Os defensores da educação permanente agitaram muito, mas as equipes de Saúde da Família e de Saúde Mental continuaram abandonadas, eles teriam que reinventar tudo antes de envolvê-las em ‘processos de educação permanente’.

Salvaguardadas essas críticas à EPS, é importante colocar que as Residências multiprofissionais em saúde mental têm se configurado como potentes dispositivos de formação no contexto da educação permanente em saúde de trabalhadores no campo da saúde mental.

RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL EM SAÚDE COLETIVA COM ÁREA DE CONCENTRAÇÃO EM SAÚDE MENTAL: estratégia de educação permanente para a formação de trabalhadores no campo da saúde mental

A Residência em Área Profissional da Saúde, definida como modalidade de ensino de pós-graduação *latu senso*, voltada para a educação em serviço e destinada às categorias profissionais que integram a área de saúde, excetuada a médica, foi criada mediante Lei n. 11.129 (BRASIL, 2005), em 30 de junho de 2005:

[...] constitui-se em um programa de cooperação intersetorial para favorecer a inserção qualificada de jovens profissionais da saúde no mercado de trabalho, particularmente em áreas prioritárias” do SUS e deverá ser “desenvolvida em regime de dedicação exclusiva e realizada mediante supervisão docente-assistencial, de responsabilidade conjunta dos setores da educação e da saúde.

Segundo a Portaria Interministerial MEC/MS n. 1.077 de 12 de novembro de 2009, a Residência Multiprofissional em Saúde é uma modalidade de educação profissional pós-graduada multiprofissional, de caráter interdisciplinar, desenvolvida em ambiente de serviço, mediante trabalho supervisionado. (BRASIL, 2009)

A Residência Multiprofissional em Saúde Coletiva com área de concentração em Saúde Mental, do Instituto de Saúde Coletiva da Universidade Federal da Bahia (RMSM-ISC), em parceria com a Escola Estadual de Saúde

Pública da Secretaria de Saúde do Estado da Bahia (EESP-SESAB), apresenta-se como uma estratégia de educação permanente em saúde para a formação de trabalhadores no campo da saúde mental. Sua primeira turma foi realizada entre fevereiro de 2008 e janeiro de 2010.

Segundo o Edital de seleção da RMSM-ISC, a Residência:

[...] tem como intuito principal contribuir com a trajetória percorrida pela Reforma Psiquiátrica Brasileira, desenvolvendo, nos trabalhadores da saúde, capacidades e habilidades fundamentais que os permitam seguir e construir os novos rumos da saúde mental no país. Nessa perspectiva, objetiva-se formar trabalhadores da saúde com experiência de trabalho interdisciplinar, capacitados para desenvolver práticas integrais de cuidado nos dispositivos da rede de saúde mental do SUS, em parceria estreita com a rede de saúde geral, especialmente com a atenção básica, e com outros setores da sociedade (ações intersetoriais), com treinamento importante em novas tecnologias terapêuticas, incluindo as ações intra-institucionais e aquelas desenvolvidas no território, e afinados com os princípios e com as estratégias de inclusão social de pessoas portadoras de transtornos mentais. (CONSULTEC, 2007, p. 7)

As categorias profissionais que compõem a RMSM-ISC são: ciências sociais (2 residentes e 1 preceptor), educação física (2 residentes e 1 preceptor), enfermagem (3 residentes e 1 preceptor), psicologia (3 residentes e 1 preceptor), serviço social (2 residentes e 1 preceptor) e terapia ocupacional (3 residentes e 1 preceptor), totalizando 15 residentes e 6 preceptores. Compõe ainda o núcleo duro uma coordenadora geral.

Os campos de prática são serviços substitutivos da rede de saúde mental, Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), em três Distritos Sanitários (DS) do município de Salvador-BA: no DS Itapagipe, o CAPS II Prof. Adilson Peixoto Sampaio; no DS Cabula Beiru, o CAPS ad Pernambués; e no DS Liberdade, o CAPS II Liberdade e o CAPS ia Liberdade. Durante

o primeiro semestre de 2008 também foi campo de práticas o Hospital Especializado Mário Leal, porém este no segundo semestre de 2008 veio a ser substituído pelo CAPS II Liberdade (para o fluxograma dos campos de prática, ver Anexo I). Em cada um destes compõe o núcleo duro da Residência um tutor, responsável docente assistencial em serviço.

PRODUZINDO RESPOSTAS À DISTÂNCIA ENTRE UNIVERSIDADE E REFORMA PSIQUIÁTRICA

Não é no silêncio que os homens se fazem,
mas na palavra, no trabalho, na ação-reflexão.

(FREIRE, 2005, p. 90)

Seguramente, há uma distância entre a formação e o ensino universitário e as produções teóricas, clínicas e políticas da reforma psiquiátrica. (LOBOSQUE, 2009) A experiência da rede de serviços substitutivos vem produzindo um novo tipo de cuidado aos usuários do campo da saúde mental, porém a universidade tem participado pouco desta construção, bem como tem silenciado sobre as inovações ocorridas no campo da reforma psiquiátrica.

Trata-se de um silêncio peculiar: não consiste em proibir ou expulsar determinado assunto, e sim em abordá-lo de forma tal que as questões por ele suscitadas não venham a atingir o corpo mesmo do ensino. Sem dúvida, um certo número de cursos de pós-graduação aborda o tema da Reforma Psiquiátrica; também o faz uma e outra disciplina na graduação. Contudo, esta abordagem geralmente se faz como um acréscimo ou complemento, e não como parte constitutiva da formação. A apresentação de pacientes em hospitais psiquiátricos continua sendo a principal forma de contato com o sofrimento mental grave. Para as ditas

formas leves de sofrimento psíquico, não se ultrapassa o marco da prescrição de psicofármacos ou das sessões de psicoterapia. A atuação dos serviços substitutivos é pouco conhecida, seja em sua oferta cotidiana de cuidados, seja em suas repercussões no atendimento à população. Noções como rede de serviços, universalidade de acesso, território, encontram pouco ou nenhum registro; tampouco o encontram aquelas relativas à cidadania. O acolhimento, a escuta e o vínculo, quando abordados, o são em matérias específicas ou à parte, que tratam, por exemplo, da relação ‘médico-paciente’, sem conferir ao laço entre equipe e usuário o valor de dimensão constitutiva de toda prática de saúde. Em todos os aspectos, enfim, prevalece o modelo centrado no consultório, ou no procedimento – a consulta, a sessão – segundo a velha dupla hospital-ambatório. (LOBOSQUE, 2009, p. 20)

Todavia, não é a universidade um campo uno e homogêneo. “Existe uma pressão social significativa no sentido de que as universidades busquem maior relevância social, tanto no campo da produção de conhecimentos como no campo da formação profissional”. (FEUERWERKER, 2001 apud PINHEIRO et al., 2003, p. 49) Então, “qual será a estratégia para nos aliarmos às possibilidades de fertilidade e de potência que nela se encontram? Como convidá-la a tomar como objeto de reflexão e cuidado estas e outras questões para as quais ainda hoje não se oferece registro?” (LOBOSQUE, 2009, p. 23) Pensamos que a Residência Multiprofissional em Saúde Coletiva com área de concentração em Saúde Mental é uma possibilidade real e concreta, um desses encontros felizes, uma experiência contra-hegemônica, que produz diálogos, saberes e práticas entre a universidade e a reforma psiquiátrica.

Nessa direção, buscando produzir aproximações entre as práticas e o ensino universitário, Soares (2009, p. 42) reflete que a “[...] crise do pensamento não é, todavia uma crise da universidade; este é seu capítulo mais recente; a crise do pensamento crítico é a crise da cidade”. E, nessa

direção, se reporta a Milton Santos para apontar que “para superar a opacidade que toma conta da cultura e da inteligência é urgente reinventar a cidade” (SOARES, 2009, p. 42) Concordamos ainda com a autora quando aponta que teremos um campo para as transformações se pudermos atingir esses dois lugares (universidade e cidade), de modo a revelá-los e aproximá-los. Nesse sentido, concordamos com Teixeira (2002 apud PINHEIRO et al. 2003, p. 49) ao afirmar que “a integração entre ensino-serviço-comunidade é fonte e parâmetro para rearticulação entre teoria e prática” e para produzir encontros que produzem mudanças entre universidade, cidade e reforma psiquiátrica.

Amarante (2008, p. 76) aponta como proposta concreta para os formuladores de políticas de saúde mental “[...] democratizar o apoio aos programas de formação: abrir editais para cursos de formação predominantemente multiprofissionais, transdisciplinares, que se voltem à formação em práticas territoriais, comunitárias”. Em seguida, porém reflete:

por que os programas de formação nos moldes das residências? Podemos pensar em superá-las? As residências são programas de formação que nasceram do princípio de que o profissional em formação deveria residir no hospital para aprender a profissão. Mas, se queremos desconstruir os hospitais, superar o modelo assistencial centrado nesta modalidade de instituição, por que manter programas de formação nos moldes de residências? Por que não começarmos com programas de formação intensiva no território? Nos Caps e outros dispositivos sociais e assistenciais, desde participar dos espaços de formulação de política e controle social do SUS, conselhos de saúde, associação de usuários e familiares [...]. (AMARANTE, 2008, p. 76)

Acreditamos que a experiência da RMSM-ISC pode dialogar com as ideias e reflexões apresentadas por Amarante, no intuito de apresentar possibilidades concretas e experiências vividas de formação na modalidade Residência, que não sejam em ambiente de prática hospitalar,

antes que aconteçam no território, na comunidade, sendo desenvolvidas por equipes multiprofissionais e transdisciplinares, que promovam integração ensino-serviço-comunidade, produzindo respostas ao histórico distanciamento entre ensino universitário e Reforma Psiquiátrica.

TOC... TOC... DE ONDE FALO

Mais que um ser no mundo, o ser humano se tornou uma presença no mundo, com o mundo e com os outros. Presença que, reconhecendo a outra presença como um 'não-eu' se reconhece como "si própria". Presença que se pensa a si mesma, que se sabe presença, que intervém, que transforma, que fala do que faz, mas também do que sonha, que constata, compara, avalia, valora, que decide, que rompe

(FREIRE, 1996, p. 18)

O mestre Paulo Freire, em sua obra *Pedagogia da Autonomia*, ainda nos ensina que

[...] quem observa o faz de um certo ponto de vista, o que não situa o observador em erro. O erro na verdade não é ter um ponto de vista, mas absolutizá-lo e desconhecer que, mesmo de seu ponto de vista é possível que a razão ética nem sempre esteja com ele. (FREIRE, 1996, p. 14)

Assim, nos cabe comunicar a priori que é do ponto de vista de uma residente que as reflexões ora apresentadas foram tecidas.

Lembrando que “não podemos nos assumir como sujeitos da procura, da decisão, da ruptura, da opção, como sujeitos históricos, transformadores, a não ser assumindo-nos como sujeitos éticos”, pois a natureza da prática educativa, enquanto prática formadora é necessariamente

ética. (FREIRE, 1996, p. 17) Para tanto, a reflexão que se pretende tecer, sobre a formação na modalidade Residência, se torna necessária, pois “a reflexão crítica sobre a prática se torna uma exigência da relação teoria/prática sem a qual a teoria pode ir virando blábláblá e a prática, ativismo.” (FREIRE, 1996, p. 22)

É preciso que o formando, desde o princípio mesmo de sua experiência formadora, assumindo-se como sujeito também da produção do saber, se convença definitivamente de que ensinar não é transferir conhecimento, mas criar as possibilidades para a sua produção ou construção. É preciso que, pelo contrário, desde os começos do processo, vá ficando cada vez mais claro que, embora diferente entre si, quem forma se forma e «re-forma” ao formar e quem é formado forma-se e forma ao ser formado. Quem ensina aprende ao ensinar e quem aprende ensina ao aprender. Ensinar inexistente sem aprender e vice-versa. (FREIRE, 1996, p. 22-23)

SER/ESTAR RESIDENTE: à terceira margem

A ideia da terceira margem surgiu da leitura de um texto famoso de Guimarães Rosa intitulado *A terceira margem do rio*, contido em sua obra *Primeiras Estórias* (2001). É

[...] um conto primoroso, onde o autor aborda a loucura e o abandono com a poesia e a linguagem que caracterizam o grande escritor. Trata metaforicamente a origem, o destino e a travessia, a necessidade de viver as águas, ora violentas, ora calmas, do rio com o objetivo de chegar ao lugar almejado. (SUT, 2005)

O conto apresenta a imagem da travessia como alegoria do viver, uma vez que esta traz consigo toda a simbologia da existência humana. A escolha do pai, personagem principal, pela terceira margem sugere, simultaneamente, a defesa de um espaço de exceção, expresso pela ideia

de margem, e a inserção do insólito, no entre-lugar, no não-lugar, pela referência a uma terceira margem. “Significativamente, a simbologia do *três*, indica a fase final de um conflito, a sua resolução.” (SOARES, 2001, grifo do autor) Como é dito no próprio conto, “[...] o três equivale à rivalidade (o dois) superada; exprime um mistério de ultrapassagem, de síntese, de reunião, de união, de resolução.”

É nesse sentido, fazendo alusão ao conto rosiano, que defendemos a ideia de que ser/estar residente é ser/estar à terceira margem. Ser/estar residente é ser/estar exceção e inserção, é o não lugar, o entre-lugar, ou melhor, o outro-lugar. É ser e estar, a um só tempo, trabalhador e formando: um terceiro. A terceira margem, entre o mundo da formação e o mundo do trabalho. O terceiro nos espaços institucionais, entre a universidade e os serviços de saúde, no sentido de que não somos uma coisa ou outra, antes uma coisa e outra.

No conto como no ser/estar residente,

[...] a terceira margem do rio denota não mais o uno e o absoluto ou a bipolaridade, mas o momento terceiro, em que as contradições e opostos estão reunidos. Em termos filosóficos, isso equivale à obtenção da síntese, apogeu do processo dialético, momento de equilíbrio. O fato de o pai, em vez de chegar a algum lugar, preferir continuar na canoa, traduz a sua consciência do aspecto mutável da existência. (SOARES, 2001)

CONTRADIÇÕES DE UMA ENFERMEIRA EM FORMAÇÃO

No Brasil, a enfermagem moderna “nasce como uma prática coadjuvante da prática médica e, como tal, se constrói dentro da instituição hospitalar e a partir do saber médico constituído na modernidade”. (KRUSE, 2006, p. 404) Por tanto, “a institucionalização da Enfermagem

Moderna no Brasil serviu muito mais para atender ao avanço da Medicina hospitalar, eleita como núcleo da prática médica [...] do que para instaurar uma assistência de Enfermagem voltada para a Saúde Pública.” (RIZZOTTO, 1999 apud KRUSE, 2006, p. 407)

“O olhar para trás não deve ser uma forma nostálgica de querer voltar, mas um modo de melhor conhecer o que está sendo, para melhor construir o futuro.” (FREIRE, 2005, p. 84) Compreender como a enfermagem se constituiu como profissão, no passado, nos ajuda a dimensionar os percursos e desafios dados no campo da formação, no presente, para um fazer que opere para além das práticas institucionais e hospitalares.

A formação universitária em saúde mostra-se ainda muito marcada pelo modelo de ensino que se consolidou nos EUA, no início do século XX, a partir de estudos e propostas de Flexner, que criou os padrões de organização do ensino para todos os cursos de medicina em seu país [...]. A medicina decorrente desta visão é materialista, mecanicista e organicista. A doença é vista como um mau funcionamento dos mecanismos biológicos, estudados do ponto de vista da biologia celular, da bioquímica e das leis da física. O papel do profissional da saúde é intervir física e quimicamente para consertar o defeito no mecanismo enguiçado. As atividades mentais, quando valorizadas, são entendidas apenas como resultado da anatomia, bioquímica e fisiologia do cérebro. (VASCONCELOS, 2006a, p. 266)

Há no campo da formação em enfermagem em saúde mental, e creio que na enfermagem como um todo, uma permanente tensão entre o novo e o velho, uma verdadeira disputa de paradigmas. Mas a contradição e a ambiguidade são sinais de um intenso processo de transformação de visões de mundo em andamento; antes de empecilho, são desafios e matéria-prima para o diálogo educativo.

O paradigma flexneriano da saúde como ausência de doença ainda têm sustentado, em grande parte, as práticas sanitárias. Isso tem levado

profissionais de saúde à especialização, distanciando-se da visão da integralidade da saúde.

Para trabalhar orientado por esse jeito considerado, até então, como científico, são necessários profissionais que apliquem as técnicas de modo desvestido de sentimentos, pois estes corromperiam a objetividade. São necessários profissionais que aprendam a olhar para os pacientes de um modo focado em seus órgãos e não na sua totalidade enquanto pessoa [...]. É necessário também que os profissionais sejam treinados a dar valor apenas ao saber produzido nos grandes centros de pesquisa e que conseqüentemente desvalorizem o saber produzido localmente pelas comunidades e pelos colegas [...]. É ainda preciso de profissionais competitivos e, conseqüentemente, individualistas, pois a concorrência é consagrada como o grande instrumento de eficiência. Tudo isto resulta em trabalhadores habilidosos em tratar doenças orgânicas, mas que não sabem cultivar o florescimento da vida. Fazer a vida florescer é muito mais do que tratar e prevenir doenças específicas. (VASCONCELOS, 2006a, p. 267)

Evidencia-se a necessidade de reorientação das práticas profissionais, que superem a restrição das ações de diagnóstico e tratamento. Os conteúdos das ciências biológicas somente não têm conseguido dar conta da compreensão do ser humano em sua integralidade e dos determinantes que atuam sobre sua saúde; é preciso conteúdos da sociologia, antropologia, políticas públicas e sociais, economia, planejamento, comunicação e outros. (TEIXEIRA 2002, apud PINHEIRO et al. 2003)

No entanto, a inclusão destes outros conteúdos, embora necessária, é insuficiente. Vasconcelos (2006a) mostra que as grandes transformações, as mais profundas, no modo de encarar o trabalho em saúde ocorreram a partir de situações pessoais e familiares dos educandos, contatos especiais com usuários e moradores nas comunidades atendidas ou relacionamentos com outros profissionais e colegas da universidade que

desencadearam grandes emoções. Ademais, nas palavras de outro observador agudo dos campos da saúde e da saúde mental:

Dentre muitas coisas interessantes e acertos que os trabalhadores realizam, vi e vejo, também, muitas dificuldades dos trabalhadores para entenderem e resolverem várias questões que estão envolvidas no seu exigente cotidiano, no qual se cruzam distintas e importantes intencionalidades. Entre elas, destaco: de um lado, a existência de um cotidiano fortemente habitado por intensas demandas de cuidado, que usuários, muito múltiplos e, facilmente, em estados de crises, têm sobre a equipe; e, do outro, pela presença marcante de um imaginário do trabalhador, de que o seu agir clínico é suficientemente ampliado e a sua rede de relações intra e intersetorial, para além da clínica, é suficientemente inclusiva, que com os seus fazeres, o louco não vai ficar nem mais enlouquecido e nem excluído. Caminhar nestas linhas tem colocado, sobre o ombro dos trabalhadores, 'pesos' importantes para o seu agir, e que facilmente geram fazeres árduos, que os fazem experimentar, o tempo todo, sensações tensas e polares, como as de potência e impotência, construindo no coletivo de trabalhadores situações bem paradoxais, nas quais cobram de si e do conjunto posicionamentos profissionais e estados de ânimos muito difíceis de serem mantidos, durante todo o tempo do trabalho; particularmente, para aqueles que ofertam seu trabalho vivo para vivificar o sentido da vida no outro. (MERHY, 2007, p. 59-60)

NO OLHO DO FURACÃO: aprendizados afetivos na formação em saúde mental

Quem promete ser alternativo e substitutivo de um outro modo de produzir ações de saúde, ou mesmo, quem do seu lugar faz uma leitura

crítica das formas hegemônicas de se construir práticas de saúde, só pode estar no olho do furacão. (MERHY, 2007)

O trabalho em saúde lida justamente com as situações de crise, muitas vezes intensas, das pessoas. O profissional tem, portanto, acesso a dimensões muito íntimas da realidade. Pode-se dizer que ele, como poucos, aproxima-se e manuseia o olho do furacão da vida humana. É o peso e o fascínio do trabalho em saúde; que vai deixando de ser peso e se tornando fascínio quando se adquire habilidade e tranquilidade neste manejo, quando se descobre a potencialidade transformadora presente na crise e se ganha confiança na força de pequenos gestos de alívio.

“No trabalho em saúde é como se o profissional estivesse na primeira fila do teatro da vida [...]. Lidar com emoções, crise, desespero, gratidão, sofrimento, ansiedade e confusão é parte central do trabalho em saúde.” (VASCONCELOS, 2006a, p. 274) Para o autor – e concordamos com ele – não se pode se aproximar das dimensões do existir sem ser tocado emocionalmente; por isso o aprendizado no campo da saúde – e mais especificamente no campo da saúde mental – é, necessariamente, afetivo.

Para cuidar da pessoa inteira, é preciso estar presente como pessoa inteira, e é nesse estar inteiro onde as fraquezas do outro evidenciam as próprias deficiências e sofrimentos. A capacidade de se deixar ser afetado pela totalidade complexa do drama humano sob sua responsabilidade, sem perder a objetividade, depende de um desenvolvimento pessoal que, antes de ser valorizado na formação profissional em saúde, é por ela prejudicado. A fria objetividade técnica buscada pelo modelo da medicina cartesiana e newtoniana apenas mascara as perturbações desencadeadas no profissional, tornando-as recalcadas e confusas.

A psicologia, a psiquiatria e a antropologia muitas vezes ensinam, enfatizam e estudam a dinâmica subjetiva dos pacientes, mas não a dinâmica subjetiva do profissional em seu confronto com a crise do viver. E o fazem de um modo apenas racional. As emoções são estudadas teoricamente. Não se aprende à escutá-las e acolhê-las na forma como surgem no trabalho e na vida

profissional. Não se aprende a valorizá-la como tais e não apenas como sinais e sintomas que ajudem no raciocínio diagnóstico ou como elemento a ser considerado na elaboração lógica da estratégia terapêutica. A emoção, a intuição e a sensibilidade do profissional são muito mais do que isso. São elas que mobilizam a garra do cuidador na superação dos obstáculos. São elas que ajudam a perceber dimensões sutis envolvidas nas situações abordadas que vão muito além do que é treinado em semiologia. São elas que inspiram ações emocionadas com grande repercussão terapêutica. São elas que mobilizam uma inteligência intuitiva extremamente ágil e potente no corre-corre tenso do trabalho em saúde. São elas que criam vínculos com os pacientes. São elas que tornam o trabalho em saúde cheio de graça e realização e inspiram sentidos que dão significados ao enfrentamento de tantas dificuldades. (VASCONCELOS, 2006a, p. 275)

A emoção, a intuição e a sensibilidade já estão presentes no cotidiano do trabalho em saúde, porém de uma forma recalçada e não elaborada. Nesse sentido, concordamos com Vasconcelos (2006a, 2006b) quando este aponta a necessidade de criarem-se espaços pedagógicos para a sua elaboração e desenvolvimento: em virtude da característica do trabalho em saúde – e ainda mais em saúde mental, sugerimos –, basicamente envolvido com as doídas e angustiantes situações de crise e dificuldade do viver, a emoção, a intuição e a sensibilidade precisam ocupar o centro da atenção do ensino em saúde.

CONSIDERAÇÕES (PA- E PO-)SSÍVEIS

Para nos formarmos – e aqui nos referimos à possibilidade da modalidade de formação em Residência – precisamos abandonar, desaprender, o sujeito que somos, por isso mais que sermos sujeitos, assujeitados pe-

los modelos hegemônicos e/ou pelos papéis instituídos, precisamos ser produção de subjetividade: todo tempo abrindo fronteiras, desterritorializando grades de comportamento ou de gestão do processo de trabalho.

Hoje, quando os jovens dizem que querem saber, que querem aprender modelos, ou quando pedem para adquirir certas competências, eles devem saber, uma vez mais, que nós não sabemos nada sobre a loucura. Porque, somente se continuarmos a repetir que não sabemos nada sobre a loucura é que poderemos abrir nosso olhar, abrir nossa mente, abrir nosso corpo, abrir a cidade aos loucos. E a partir desse ato, poderemos começar finalmente a nossa história. [...] É preciso aprender a desconstruir para construir, pois as respostas que têm sido dadas ao tema da loucura são todas terrenos sobre os quais é preciso construir um novo saber. Mas para construir um novo saber é necessário trabalhar para revirar estes contextos. [...] Devemos aprender a nos formar e a formar as pessoas que nos estão próximas. É por isso que precisamos estar muito juntos, temos necessidade de construir as energias que esta sociedade não nos dá, temos necessidade de resistir, e creio que o ponto de força, a energia que realmente podemos tirar é sempre e somente aquela que Basaglia chamava de 'a força dos loucos'. De alguma forma, somente eles nos obrigam, se não fecharmos os olhos, a esta busca contínua por novas estratégias. São eles os nossos formadores. No momento em que aceitamos este papel de ser formados por eles, então finalmente começamos a entender alguma coisa do que fazemos e, neste momento, muda-se a relação, e até mesmo o nosso paciente entende que algo mudou. (ROTELLI, 2008, p. 39-44)

Precisamos, portanto, também trabalhar no deslocamento dos padrões de subjetividade hegemônicos: deixar de ser os sujeitos que vimos sendo, por exemplo, que se deixam encaixar em modelos prévios de ser profissional, de ser estudante, de ser paciente, confortáveis nas cenas clássicas e duras da clínica tradicional, mecanicista, biologicista,

procedimento-centrada e medicalizadora – e assumirmos a possibilidade de sermos/estarmos terceiros.

Se assumimos que somos atores ativos das cenas de formação e trabalho – mais uma vez, na possibilidade de formação na modalidade residência – produtos e produtores das cenas, em ato, os eventos em cena nos produzem diferenças, nos afetam, nos modificam, produzindo abalos em nosso ser sujeito, colocando-nos em permanente produção. O permanente é o “aqui e agora”, diante de problemas reais, pessoas reais e equipes reais.(CECCIM, 2005) É nesse sentido que defendo a ideia de que a educação permanente em saúde é uma potente vertente pedagógica capaz de operar mudanças, objetivas e subjetivas, tanto de sujeitos-formandos quanto de instituições.

No trabalho em saúde, é enorme a necessidade de um diálogo mais profundo que inclua a emoção, a razão e as percepções simbólicas, pois o profissional, aberto para a importância dessas dimensões inconscientes do existir, pode usufruir do aprendizado que torna o trabalho em saúde tão fascinante e humanizador, através do contato com a intensa vitalidade e o formidável dinamismo de processamento dos sentidos e estratégias presentes na interioridade profunda do ser humano. (VASCONCELOS, 2006b) A experiência do outro, exposta e desnudada tão radicalmente pela crise, questiona e mobiliza. O desamparo do paciente fala dos desamparos interiores do próprio profissional ajudando a evidenciá-los e, posteriormente, a entendê-los. Os mistérios do outro evocam a percepção dos próprios mistérios. O trabalho em saúde expõe o profissional a um fluxo de perturbações que exigem grande capacidade de elaboração. Acompanhar essa dinâmica é extremamente pedagógico para o profissional. Trata-se de uma pedagogia invisível existente no trabalho em saúde que contrapõe a pedagogia desumanizadora do ensino tecnicista dos cursos de saúde. A vida dos pacientes tem um grande potencial humanizador para o profissional. Poder gerar processos, no cotidiano, que exponham estas questões é permitir que os trabalhadores falem e pensem sobre isso; e, assim, atuem sobre a produção dessas

situações e estados. Como Merhy (2007, p. 62) vimos “[...] que os trabalhadores que procuram caminhar por aí interrogam de modo bem produtivo seu fazer manicomial, interrogam o que lhes entristece e exaure, e com essas interrogações abrem oportunidades de se re-situarem em relações a novas possibilidades antimanicomiais.”

Referências

AMARANTE, P. Cultura da Formação. In: AMARANTE, P.; CRUZ, L. B. (Org.). *Saúde mental, formação e crítica*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2008.

BRASIL. Lei 11.129 de 30 de junho de 2005. Institui o Programa Nacional de Inclusão de Jovens – Projovem; cria o Conselho Nacional da Juventude – CNJ e a Secretaria Nacional de Juventude; altera as Leis nºs 10.683, de 28 de maio de 2003, e 10.429, de 24 de abril de 2002; e dá outras providências. 2005. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2004-2006/2005/Lei/L11129.htm>. Acesso em: 7 set. 2010.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria Interministerial MEC/MS n. 1.077, de 12 de novembro de 2009. Disponível em: <<http://www.cmconsultoria.com.br/imagens/diretorios/diretorio14/arquivo1970.pdf>>. Acesso em: 7 set. 2010.

CAMPOS, G. W. S. Opinião: políticas de formação de pessoal para o SUS: reflexões fragmentadas. *Cadernos RH Saúde*, Brasília, v. 3, n. 1, mar., p. 52-56, 2006. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cadernos_rh.pdf>. Acesso em: 16 abr. 2012.

CECCIM, R. B. Formação e desenvolvimento na área da saúde: observação para a política de recursos humanos no SUS. In: BRASIL. Ministério da Saúde. *Observatório de Recursos Humanos em Saúde no Brasil: estudos e análises*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2003. p. 373-414.

CECCIM, R. B. Educação permanente em saúde: desafio ambicioso e necessário. *Interface: comunicação, saúde, educação*, Porto Alegre, v.9, n. 16, p. 161-177, set.2004/fev.2005. Disponível em: <<http://www.escoladesaude.pr.gov.br/arquivos/File/textos%20eps/educacaopermanente.pdf>>. Acesso em: 12 abr.2012.

CECCIM, R. B.; FERLA, A. A. Educação Permanente em Saúde. In: PEREIRA, I. B.; LIMA, J. C. F. (Org.). *Dicionário de educação profissional em saúde*. 2. ed. Rio de Janeiro: Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio, 2008. p. 162-168.

CONSELHO NACIONAL DE SECRETÁRIOS DE SAÚDE (BRASIL). *Sistema Único de Saúde*. Brasília: CONASS, 2007. (Progestores. Para entender a gestão do SUS ; 1)

CONSULTEC. Processo seletivo unificado para ingresso em programas de residência em áreas profissionais de saúde do estado da Bahia - SUS – 2008: manual do candidato. <http://www.consultec.com.br/inscbd/2005insc/upload/2MULTI2008_1_EDITAL.PDF>. Acesso em: 7 set. 2010.

DESAFIOS e perspectivas das residências em saúde coletiva: residências em medicina preventiva e social e residências multiprofissionais em saúde coletiva. *Informativo da associação de brasileira pós-graduação em saúde coletiva*, Recife, v. 26, n. 103, dez., 2009. Disponível em:<<http://www.abrasco.org.br/publicacoes/arquivos/20100202002921.pdf>>. Acesso em: 7 set. 2010. (Carta da Oficina do GT Trabalho e Educação em Saúde.)

FREIRE, P. *Pedagogia da autonomia:saberes necessários à prática educativa*. São Paulo: Paz e Terra, 1996.

FREIRE, P. *Pedagogia da indignação:cartas pedagógicas e outros escritos*. São Paulo: UNESP, 2000.

FREIRE, P. *Pedagogia do oprimido*. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 2005.

KRUSE, M. H. L. Enfermagem moderna: a ordem do cuidado. *Rev Bras Enferm*, Brasília, v. 59, número especial, p. 403-410, 2006. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/reben/v59nspe/v59nspea04.pdf>>. Acesso em: 16 abr. 2012.

LOBOSQUE, A. M. (Org.). *Caderno Saúde Mental 2: universidade e reforma psiquiátrica: um encontro a construir*. Belo Horizonte: ESP-MG,

2009. p. 19-23. Disponível em: <<http://www.esp.mg.gov.br/wp-content/uploads/2009/06/caderno-saude-mental-2.pdf>>. Acesso em: 16 abr. 2012.

MERHY, E. E. Os CAPS e seus trabalhadores: no olho do furacão antimanicomial: alegria e alívio como dispositivos analisadores. In: MERHY, E. E.; AMARAL, H. *A reforma psiquiátrica no cotidiano*: II. São Paulo: Aderaldo & Rothschild: Hucitec, 2007. p. 55-66.

PINHEIRO, E. F. C. et al. Profissional de saúde: a inter-relação entre formação e prática. *Formação*, Brasília, v. 3, n. 8, p. 47-58, maio/ago., 2003. Disponível em: <<http://bvms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/profae/formacao08.pdf>>. Acesso em: 16 abr. 2012.

ROTELLI, F. Formação e construção de novas instituições em saúde mental. In: AMARANTE, P.; CRUZ, L. B. (Org.). *Saúde mental, formação e crítica*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2008. p. 37-50.

SILVA, F. C. F. et al. A formação enquanto estratégia de mudança na saúde mental coletiva. *Bol Saúde*, Porto Alegre, v. 21, n. 1, p. 51-58, jan./jun., 2007.

Disponível em: <http://www.sumarios.org/sites/default/files/pdfs/54976_6354.PDF>. Acesso em: 16 abr. 2012.

SOARES, M. Universidade e loucura: recriando territórios. In: LOBOSQUE, A. M. (Org.). *Caderno Saúde Mental 2: Universidade e reforma psiquiátrica: um encontro a construir*. Belo Horizonte: ESP-MG, 2009. p. 39-43. Disponível em: <<http://www.esp.mg.gov.br/wp-content/uploads/2009/06/caderno-saude-mental-2.pdf>>. Acesso em: 16 abr. 2012.

SOARES, T. A. *A terceira margem do rio: um navegar de exclusão*. CONGRESSO NACIONAL DE LINGÜÍSTICA E FILOLOGIA. 4., 2001, Rio de Janeiro. *Anais eletrônicos...* Rio de Janeiro: CNLF UERJ, 2001. Disponível em: <http://www.filologia.org.br/anais/anais%20iv/civ07_8.htm>. Acesso em: 25 out. 2009.

SUT, H. *A terceira margem do rio – Guimarães Rosa*. Recanto da Letras, 2005. Disponível em: <<http://recantodasletras.uol.com.br/resenhas/22556>>. Acesso em: 25 out. 2009.

VASCONCELOS, E. M. Formar profissionais de saúde capazes de cuidar do florescer da vida. In: VASCONCELOS, E. M.; FROTA, L. H.; SIMON, E. (Org.).

Perplexidade na universidade: vivências nos cursos de saúde. São Paulo: Hucitec, 2006a. p. 265-308.

VASCONCELOS, E. M. Uma educação em saúde para além da intenção: implicações na formação profissional. In: VASCONCELOS, E. M. (Org.). *A espiritualidade no trabalho em saúde.* São Paulo: Hucitec, 2006b.

O lugar e o papel do cientista social nas equipes interdisciplinares em saúde mental

Maurice de Torrenté

Adriana Prates

Alba Borges

INTRODUÇÃO

O objetivo deste capítulo é discutir a legitimidade e as potencialidades da incorporação de cientistas sociais na atenção à saúde mental, a partir da experiência da Residência Multiprofissional em Saúde Coletiva com área de concentração em Saúde Mental (RMSM-ISC) do Instituto de Saúde Coletiva da Universidade Federal da Bahia (UFBA), iniciada em 2008. Abordaremos os aportes, mas, também, as limitações de uma integração interdisciplinar, no *campo* da saúde coletiva, de um *núcleo* configurado a partir da sociologia e da antropologia, enfatizando, de passagem, o quanto nos parece importante dar o seu devido lugar ao perfil e à trajetória pessoal de cada profissional. Este texto, resultado de uma reflexão ainda em curso, ampara-se nas experiências vividas por duas residentes sociólogas e pelo seu preceptor durante os dois anos da formação, articulando leituras, reflexões, projetos e intervenções, com

vistas ao desenvolvimento de práticas e posturas inovadoras no campo da saúde mental.

A decisão, pioneira no Brasil, de incluir cientistas sociais no rol das disciplinas contempladas por uma Residência Multiprofissional em Saúde – proposta da coordenação do curso, acatada pelas agências financiadoras, seja ao nível federal,¹ seja ao nível estadual² – significou, na prática, a presença de duas sociólogas, ambas formadas pela Faculdade de Ciências Sociais da UFBA, em equipes de saúde mental de Salvador (dois CAPS II, um CAPS ad, um CAPS ia), além de estágios curtos na aldeia indígena de Coroa Vermelha – Bahia e em estruturas de gestão de nível municipal ou estadual.

Isto implicou, obviamente, sua inserção direta no cuidado aos usuários, o que pode parecer configurar um desafio para profissionais cuja formação não pretende prepará-los a clinicar ou a intervir de modo abertamente terapêutico. Porém, uma das nossas principais ambições ao nos lançarmos nesta empreitada sempre foi, tomando igualmente em conta a relativa necessidade da clínica permanecer entre “parênteses” (AMARANTE, 2003, p. 63), de propiciar efeitos singulares, pela presença e ação de sujeitos dotados de um olhar diferenciado, funcionando como catalisadores de processos e micro-dinâmicas de transformação sócio-cultural, especialmente na relação usuário-contexto.

Para explicar melhor por que defendemos a legitimidade da colaboração de cientistas sociais no âmbito dos serviços de saúde (e não apenas na teorização do processo saúde/doença ou no estudo do campo da saúde), precisamos primeiro fazer algumas considerações, necessariamente breves, sobre os próprios conceitos de campo e de núcleo. Estas colocações serão seguidas de outras, históricas e teóricas, sobre o lugar ocupado pelas Ciências Sociais no campo da Saúde Coletiva e na terapêutica em saúde mental.

1 Ministério da Saúde (MS), através da Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde (SGTES).

2 Secretaria da Saúde da Bahia (SESAB), através da Escola Estadual de Saúde Pública (EESP).

INTERDISCIPLINARIDADE: campo – núcleo – perfil

O binômio saúde/doença é hoje universalmente reconhecido pelos estudiosos como uma construção social e cultural complexa. Na nossa perspectiva, tal constatação não implica no super-dimensionamento da perspectiva sociocultural em detrimento de outras dimensões (biológica ou psicológica, por exemplo), mas indica o potencial de uma integração interdisciplinar, no “campo” da saúde (mental), de um núcleo configurado a partir da sociologia e da antropologia.

Os conceitos de núcleo e de campo foram magistralmente teorizados por Gastão Wagner Campos, especialmente enquanto marcos da articulação dos saberes constituídos (notadamente pelas delimitações históricas das disciplinas acadêmicas) e das práticas efetivas (e, idealmente, eficientes) nos serviços públicos. (CAMPOS, 2000; CAMPOS; CHAKOUR; SANTOS, 1997)

Admite-se hoje a inevitável existência de uma certa sobreposição de limites entre as disciplinas. O mesmo ocorrendo com os campos de prática. Nesses termos, quase todo campo científico ou de práticas seria interdisciplinar e multiprofissional. (CAMPOS, 2000, p. 220)

Trabalhar de modo interdisciplinar significa escapar de um “paradoxo – o do isolamento paranóico ou o da fusão esquizofrênica” (CAMPOS, 2000, p. 220, grifo nosso). Para tanto,

A institucionalização dos saberes e sua organização em práticas [deve se dar] mediante a conformação de núcleos e de campos. *Núcleo* como uma aglutinação de conhecimentos e como a conformação de um determinado padrão concreto de compromisso com a produção de valores de uso. O núcleo demarcaria a identidade de uma área de saber e de prática profissional; e o *campo*, um espaço de limites imprecisos onde cada disciplina e profissão

buscariam em outras apoio para cumprir suas tarefas teóricas e práticas.

Assim definidos, os dois conceitos se desmarcam propositalmente das teorizações bourdieusiana de campo e, sobretudo, de corpus, isto é sem

[...] o sentido polar e antagônico atribuído aos dois termos. Para Bourdieu, [o] campo intelectual se conformaria como espaço aberto, ainda quando submetido a conflitos de origem externa e interna. Entretanto, nos corpus verificar-se-ia o seu subsequente fechamento em disciplinas, quando ocorreria a monopolização do saber e da gestão das práticas por agrupamentos de especialistas. [...]. Um núcleo, ao contrário, indicaria uma aglutinação, uma determinada concentração de saberes e de práticas, sem, contudo, indicar um rompimento radical com a dinâmica do campo. Igual à noção de corpus, a de núcleo também parte da necessidade, e da inevitabilidade de se construírem identidades sociais para as profissões e para os campos de saber. Mas, ao contrário, sugere a possibilidade de que essa institucionalização poderia acontecer de modo mais flexível e aberto. [...] A noção de núcleo valoriza a democratização das instituições, ou seja, ressalta sua dimensão socialmente construída, sugerindo que a escolha de seus caminhos funcione como uma possibilidade, e não como uma ocorrência automática.[...]. Tanto o núcleo quanto o campo seriam, pois, mutantes e se interinfluenciariam, não sendo possível detectar-se limites precisos entre um e outro. Contudo, no núcleo, haveria uma aglutinação de saberes e práticas, compondo uma certa identidade profissional e disciplinar. Metaforicamente, os núcleos funcionariam em semelhança aos círculos concêntricos que se formam quando se atira um objeto em água parada. O campo seria a água e o seu contexto. (CAMPOS, 2000, p. 220-221)

Adotamos a seguir essas duas dimensões de campo e de núcleo, porém queremos ressaltar que, além delas, existe uma importante terceira dimensão da atuação dos profissionais em saúde: aquela dos saberes e práticas acumuladas e construídas por cada sujeito ao longo da sua trajetória pessoal. Propomos, provisoriamente, de nomear esta outra dimensão de perfil. Na nossa experiência, numerosas intervenções de êxito no campo da saúde mental têm por substrato a habilidade do(s) profissional(is) envolvido(s) em articulá-las com elementos de sua existência própria. Estes elementos são frequentemente ligados a predileções individuais: atividades de lazer (dança, esporte...), interesses culturais (teatro, literatura...), orientações intelectuais (especializações de todo tipo, autores favoritos...). Quando adaptados aos desejos e necessidades dos usuários, estas predileções (que não provêm diretamente nem do campo nem do núcleo profissional, e não são outra coisa do que aquilo que Bourdieu (1979) – numa análise sociológica que não é nosso propósito aqui – chama de “gostos”) podem acrescentar muito à profundidade das intervenções clínicas.

O LUGAR DAS CIÊNCIAS SOCIAIS NA SAÚDE COLETIVA

A contribuição das ciências sociais ao campo da saúde é notável, pelo menos desde a época da medicina social criada por Rudolph Virchow (1821-1902), com seu enfoque nas inter-relações entre pobreza e estado de saúde, especialmente ao nível coletivo. (BIBEAU, 1987) Sociologia e Antropologia desenvolveram tanto métodos (*survey*, etnografia, narrativas,...), quantitativos, qualitativos, ou até de integração quali-quantitativo, quanto conceitos (para citar apenas alguns: determinação social do processo saúde/doença, biopoder, capital social e capital simbólico, corporeidade,...) hoje largamente difundidos na saúde coletiva e nas outras ciências da saúde.

Do ponto de vista teórico, há muito tempo é possível encontrar, na literatura socioantropológica, o delineamento da relação entre saúde/doença e imaginário social. No campo da antropologia, por exemplo, se pode citar escritos pioneiros e clássicos como o livro *Bruxaria, oráculos e magia entre os Azande*, em que Evans-Pritchard (2004) classifica a bruxaria como linguagem para explicar a doença e a morte, ou o capítulo “O feiticeiro e sua magia” de Lévi-Strauss (1985), onde é introduzido o conceito de eficácia simbólica. Esses são exemplos de abordagens sócio-antropológicas que demonstram, a partir dos universos mágico e religioso de povos de tecnologia simples, uma compreensão de aspectos simbólicos relacionados à saúde e à doença.

No campo da sociologia, é possível citar os pioneiros da Escola de Chicago, que ainda no início do século passado tomaram por objeto a relação entre a cidade e a saúde. (BECKER, 1996) Influenciados pela biologia, os sociólogos de Chicago realizaram pesquisas em uma área que denominaram de ecologia humana, investigando não somente a ocorrência, mas também a distribuição espacial de fenômenos como, por exemplo, a criminalidade e a doença mental,³ relacionando-os a problemas decorrentes do modo de urbanização da cidade de Chicago. Estes estudos inspiraram a epidemiologia social.

Todavia, se o investimento da sociologia e da antropologia há muito se faz presente no campo da saúde, há relativamente pouco tempo que se constitui algum reconhecimento explícito acerca da importância da contribuição desta forma de abordagem, seja na pesquisa, seja no ensino, em boa parte devido ao predomínio do saber biomédico na seara em questão. Na América Latina, a consolidação do campo científico da saúde coletiva, do qual o campo de conhecimento das ciências sociais em saúde (NUNES, 1992) constitui um dos três pilares (ao lado da

3 Howard Becker (1996, p. 182) cita, entre outras, uma pesquisa realizada por Robert Farisson e Warren Danum, “que estudaram a incidência e a localização da doença mental na cidade. A pesquisa mostrou que havia um grande número de doentes mentais em determinadas áreas da cidade, embora a população dessas áreas se alterasse de modo significativo.”

epidemiologia e do planejamento-gestão), teve um papel decisivo neste processo de integração multi- e interdisciplinar. A antropologia médica, por exemplo, vem se colocando “numa relação de complementaridade com a Epidemiologia e com a Sociologia da Saúde”, inclusive “em termos da efetividade dos programas de saúde pública”, já que “o discurso antropológico aponta os limites e a insuficiência da tecnologia biomédica quando se trata de mudar de forma permanente o estado de saúde de uma população.” (UCHÔA; VIDAL, 1994, p. 497, 503)

No caso específico da antropologia da saúde, seus aportes ao campo da saúde no Brasil derivam principalmente da

[...] importância de se levar em conta, no processo de construção do SUS, das diferentes concepções e representações da saúde e da doença em distintos grupos socioculturais, sustentando a idéia de que dados sócio-antropológicos deveriam ser mais utilizados para subsidiar tanto a reflexão sobre as práticas em saúde, quanto o planejamento de ações de prevenção e promoção nos sistemas locais de saúde. (IRIART, 2003, p. 1)

Na perspectiva da humanização do cuidado – e das novas formas de formação dos profissionais de saúde que dela decorrem –, é a antropologia médica de vertente hermenêutica que parece estar idealmente armada, inclusive oferecendo bases teórico-filosóficas. (CAPRARA; FRANCO, 1999) De fato, hermenêutica e fenomenologia trazem ferramentas indispensáveis quando se pretende realmente buscar entender as experiências de aflição, sua construção social e cultural, os signos, significados e práticas a eles atribuídos pelo indivíduo doente e pelos membros da sua comunidade, de maneira contextualizada e, ao mesmo tempo, singular.⁴

4 Para exemplos dos resultados obtidos por este tipo de abordagem, ver Rabelo, Alves e Souza (2009).

Para explicitar melhor as contribuições, teóricas e práticas, atuais e futuras, das Ciências Sociais no campo da saúde, escolhemos, entre muitas outras, quatro linhas conceituais, interligadas na crítica à hegemonia biomédica e a sua concepção unicausal da enfermidade (MARTÍNEZ HERNÁNDEZ, 2008, p. 66-81) e, por consequente, de particular relevância para a atuação da Residência no âmbito da Reforma Psiquiátrica: a construção cultural do adoecimento; a questão do biopoder; a problemática da corporeidade; e a dinâmica das trocas simbólicas.

Está demonstrado, por ampla literatura internacional na Antropologia Médica e na Psiquiatria Transcultural (KLEINMAN, 1980; MURPHY, 1982; SCHEPER-HUGHES; LOCK, 1987; CORIN, 1994; HELMAN, 2003), que o processo saúde/doença (mental) não escapa de uma moldagem singela pelo contexto sócio-cultural. Este fenômeno universal pode ser profundo o suficiente para o adoecimento se configurar de maneira tão original que cabe ser descrito como uma síndrome cultural (ou síndrome ligada à cultura em inglês, *culture-bound syndrome*).⁵

O caso do sofrimento usualmente chamado de nervoso permitirá ilustrar este argumento a partir da realidade brasileira. Entre outros pesquisadores, Silveira (2000) explorou, em povoado de Santa Catarina, o componente socioantropológico do fenômeno, objeto da queixa de uma grande quantidade de mulheres. Para suplementar a abordagem biomédica que, de modo geral, vinha se mostrando ineficaz, buscou uma explicação relacional para a gênese do quadro clínico, através da utilização de técnicas antropológicas como a observação participante e a análise das narrativas das sofredoras e daqueles que as cercavam.

Embora a “doença dos nervos” apareça na inteira América Latina e em diferentes lugares do mundo, como Irã, Costa Rica, e França, a questão

5 Cabe ressaltar, porém, que essa expressão síndrome ligada à cultura, introduzida pelo psiquiatra chinês P. M. Yap (1965) e posteriormente até adotada no nono apêndice do DSM-IV (APA, 1995, p. 793), está hoje em dia largamente fora de moda, além de há tempo bastante contestada por vertentes contemporâneas tanto da Psiquiatria quanto da própria Antropologia. (MEZZICH, 1996) Para um panorama histórico e uma reavaliação recente da questão, ver Tseng (2006).

possui “uma especificidade de apresentação definida em cada cultura” (SILVEIRA, 2000, p. 83), ora sendo apontada como doença, ora como sintoma, ora como causa do adoecimento: em determinado local, o fenômeno seria relacionado à expressão da violência, geralmente vetada às mulheres, em outros se constituiria em um recurso de poder, etc.

Na sua pesquisa, Silveira (2000, p. 88) conclui que o nervoso é uma síndrome cultural, no sentido de ser:

um fenômeno com implicações de várias ordens, inclusive a biológica, que a cultura local define com mais precisão do que a medicina ou a epidemiologia, por localizar a relação entre indivíduo e sociedade no contexto da articulação da cultura com a biologia.

Conforme apontam os diferentes significados que o problema do nervoso assume em diferentes contextos, torna-se possível concluir que saúde e doença não podem ser considerados fatos universais e essenciais, estando antes relacionados à historicidade e às especificidades contextuais.

O termo biomedicina remete à “estrutura institucional estabelecida da medicina, como profissão dominante no Ocidente, e hoje em dia no mundo inteiro” e à “primazia de seus compromissos epistemológicos e ontológicos” (KLEINMAN, 1993, p. 16, tradução nossa), centrados na fisiopatologia. A leitura de Foucault ajuda a compreender como o saber biomédico adquiriu, no Ocidente, a proeminência da qual até hoje desfruta. Ele define o biopoder como “indispensável ao desenvolvimento do capitalismo, que só pôde ser garantido à custa da inserção controlada dos corpos no aparelho de produção e por meio de um ajustamento dos fenômenos de população aos aspectos econômicos.” (FOUCAULT, 1985, p. 132) A consolidação do regime capitalista representou, segundo o autor, “a entrada dos fenômenos próprios à vida da espécie humana na ordem do saber e do poder.” (FOUCAULT, 1985, p. 133) É nesta perspectiva que a biomedicina emerge como uma tecnologia de poder, no

momento histórico em que o poder disciplinar, que toma como tarefa se encarregar da vida, substitui o poder soberano, que tinha a morte como arma por excelência contra os transgressores da lei. O poder disciplinar “tem de qualificar, medir avaliar, hierarquizar, mais do que se manifestar em seu fausto mortífero; não tem que traçar a linha que separa os súditos obedientes dos inimigos do soberano, [mas] opera distribuições em torno da norma.” (FOUCAULT, 1985, p. 135) Constitui-se, assim, uma sociedade normalizadora, onde o poder se encarrega da vida em vez da morte, e na qual se faz fundamental o controle e a regulação dos corpos.

Esta reflexão nos remete a outro importante aspecto do corpo que é favorecedor da preponderância do saber biomédico: a compreensão generalizada do corpo como algo concreto e universal. (LE BRETON, 2006) No entanto, o corpo que adoece é também obra da cultura.⁶ “O corpo é uma falsa evidência, não é um dado inequívoco, mas o efeito de uma elaboração social e cultural.” (LE BRETON, 2006, p. 26) A biomedicina, justamente por concentrar sua atenção exclusiva nos fenômenos relacionados ao corpo biológico,⁷ adquire status de saber objetivo e universal, algo que, no entanto, comporta relativizações já que:

o corpo não é somente uma coleção de órgãos arranjados segundo leis da anatomia e da fisiologia. É, em primeiro lugar, uma estrutura simbólica [...]. Em outras palavras, o conhecimento biomédico, conhecimento oficial nas sociedades ocidentais, é uma representação do corpo entre outras, eficaz para as práticas que sustenta. Mas tão vivas quanto aquelas e por outros motivos, são as medicinas ou disciplinas que repousam em outras visões do homem, do corpo ou dos sofrimentos. (LE BRETON, 2006, p. 29)

6 Cabe lembrar que até mesmo a ideia de natureza é construída culturalmente. Ver, notadamente, a obra de Philippe Descola (1996; 2005).

7 Foucault (1963) demonstrou que o olhar médico é resultado de um treinamento específico, cujo objetivo é descartar dos fenômenos relevantes os que não dependem do corpo-máquina. Sobre este tema, ver também Bonet (2004).

Ou seja, a biomedicina apoia sua hegemonia e retira boa parte da sua autoridade do fato de ser compreendida como um saber que atua sobre o corpo, um objeto da natureza – palpável, concreto e universal – no qual atua para restaurar uma normalidade vista como essencial. Para o campo da saúde (mental), é importante que seja reconhecido que, longe de ser uma verdade absoluta, tal concepção possui caráter ideológico e retira boa parte de sua eficácia da ignorância acerca de sua condição de ideologia.

Bourdieu (2009, p. 10), partindo neste caso da tradição marxista para formular uma nova síntese, lembra que “as ideologias, por oposição ao mito, produto coletivo e coletivamente apropriado, servem interesses particulares que tendem a apresentar como interesses universais, comuns ao conjunto do grupo”.

Para as classes e facções dominantes, isto significa ter sempre em vista meios de manter a legitimidade de sua supremacia. Uma das principais estratégias para este fim é a recorrência ao poder simbólico.

Os sistemas simbólicos devem a sua força ao fato de as relações de força que neles se exprimem só se manifestarem neles em forma irreconhecível de relações de sentido (deslocação). O poder simbólico, como poder de construir o dado pela enunciação, de fazer ver e fazer crer, de confirmar ou transformar a visão do mundo e, deste modo, a ação sobre o mundo, portanto, o mundo; poder quase mágico que permite obter o equivalente daquilo obtido pela força (física ou econômica) graças ao efeito específico de mobilização, só se exerce se for reconhecido, quer dizer, ignorado como arbitrário. (BOURDIEU, 2009, p. 14, grifo do autor)

Possuir capital simbólico, que pode ser entendido como “prestígio, fama, reputação” e “forma percebida e reconhecida como legítima das diferentes formas de capital” (BOURDIEU, 2009, p. 134-5), é uma das formas de expressão do poder. Os agentes bem posicionados dentro

de um campo acionam este recurso nas suas estratégias de reprodução. Embora Bourdieu (2009, p. 135) ressalte que o campo econômico “tenda a impor sua estrutura aos outros campos”, podendo contribuir numa supervalorização do capital econômico, o capital simbólico – assim como, aliás, os outros tipos de capital: social e cultural – permanece uma arma decisiva nas lutas ideológicas travadas na área da saúde.

É chamando atenção para os aspectos político-simbólicos implicados no campo da saúde que se torna inteligível o esforço da categoria hegemônica, filiada à biomedicina, que busca manter a crença na superioridade do seu conhecimento para garantir a posse do capital simbólico e, conseqüentemente, do poder. É igualmente dentro deste quadro que devem ser reconhecidas e interpretadas as forças e ideologias contra-hegêmicas, em toda a complexidade das suas encarnações.

Uma vertente recente das ciências sociais tem particular pertinência no campo da saúde: a da corporeidade. O “paradigma da corporeidade” (CSORDAS, 2008) é fundamentalmente uma tentativa de ultrapassar (colapsar) as dicotomias sujeito-objeto e estrutura-prática, alimentando-se de duas fontes teóricas importantes: a fenomenologia (representada notadamente pela filosofia da percepção de Merleau-Ponty) e o pós-estruturalismo (a antropologia da prática de Bourdieu, por exemplo). Por tanto, esta abordagem “parte da premissa metodológica de que o corpo não é um *objeto* a ser estudo em relação à cultura, mas é o *sujeito* da cultura; em outras palavras, a base existencial da cultura”. (CSORDAS, 2008, p. 102, grifo do autor) Conseqüentemente, é preciso “investigar como os objetos culturais (incluindo os sujeitos) são constituídos ou objetificados não nos processos de ontogênese e socialização de crianças, mas no fluxo e na indeterminação em curso da vida cultural adulta.” (CSORDAS, 2008, p. 146)

Encarar esse desafio dos corpos-sujeitos não é sempre fácil na prática cotidiana dos serviços de saúde (mental), mas deixa enxergar um enorme potencial de libertação e de mudanças.

Na dimensão da promoção da saúde/prevenção de doenças, encontra-se outra oportunidade de atuação crítica, mas também ética, do cientista

social no campo da saúde. Tomemos o exemplo histórico, que pode ser hoje considerado clássico, da sucessão de equívocos acontecidos no início da epidemia de HIV porque não foram levados em conta determinados aspectos contextuais e sociais, o que favoreceu a contaminação de milhares de pessoas no Brasil. (TREVISAN, 1986) Na ocasião, a autoridade médica foi potencializada pela conveniência política e pelo conservadorismo religioso. Foram usados argumentos de natureza moral, qualificando a AIDS como doença homossexual e nomeando-a de “peste gay”. Como demonstrou Susan Sontag (2002, p. 56), há uma imbricação comum da questão da saúde com a questão moral e as doenças desconhecidas são usadas “como metáforas para o que é visto como social ou moralmente errado”. E assim aconteceu com a AIDS, apresentada como um castigo da natureza destinado a seres considerados, dentro do quadro de valores vigentes, como moralmente inferiores. A consequência concreta, biológica, desta falácia moralista apresentada como verdade científica foi o aumento da contaminação de heterossexuais e a conseqüente propagação da doença, em nível geral. A presença de cientistas sociais – profissionais treinados para indagar o senso comum e situar politicamente os valores vigentes – no delineamento das estratégias iniciais para conter a epidemia, certamente teria contribuído para equilibrar o peso da dimensão moral, evitando muitas mortes.

A construção de estratégias preventivas, seja em nível macro, seja em nível micro-social, demanda um conhecimento contextual que escapa ao senso comum, um domínio dos códigos da comunidade onde é necessário implantar os programas e atividades. Nas ações de saúde, em muitas ocasiões, ser capaz de compreender as especificidades culturais, os significados relacionados à doença e à saúde numa determinada comunidade é tão importante quanto o conhecimento biomédico. Esta compreensão, obtida através da observação participante, da etnografia, do recurso às narrativas, enfim, através do uso do instrumental metodológico das ciências sociais, pode representar a chave para o sucesso de uma intervenção.

O LUGAR DO CIENTISTA SOCIAL NA TERAPÊUTICA EM SAÚDE MENTAL

A inserção deste profissional no cuidado ao portador de transtorno psíquico é algo inusitado no contexto brasileiro. Não consta nas listas oficiais das profissões de saúde. Na Bahia, por exemplo, estas são atualmente vinculadas aos seguintes cursos de graduação: bacharelado interdisciplinar em saúde; biologia; biomedicina; educação física; enfermagem; farmácia; fisioterapia; fonoaudiologia; medicina; medicina veterinária; nutrição; odontologia; psicologia; saúde coletiva; serviço social; terapia ocupacional.⁸

A legitimidade e a abrangência desta nova área de atuação dos cientistas sociais devem ser interrogadas. De um lado, não podemos simplesmente, de modo corporativista ou por qualquer outro motivo, sugerir a inserção de novos profissionais no Serviço Único de Saúde (SUS), sem evidenciar quais seriam suas contribuições e os limites de sua ação. Do outro lado, o das próprias Ciências Sociais, há também que se argumentar.

Aliás, a inserção de sociólogos e antropólogos nos serviços de saúde, contrariamente ao que se poderia esperar caso se considerasse apenas a escassez de oportunidades para estes profissionais no mercado de trabalho, não é um ponto pacífico entre colegas, especialmente na academia. Que natureza epistemológica teria exatamente este novo lugar? Tratar-se-ia de uma forma de ciência social aplicada (expressão denotando uma relação entre saberes e práticas que, hoje em dia, é enxergada com muita desconfiança)? Que tipos de intervenção terapêutica poderiam ser desenvolvidos, sem danos aos usuários e sem comprometer outros cuidados a eles oferecidos, por profissionais cuja formação prepararia exclusivamente ao ensino e à pesquisa? E, mesmo admitida uma possível contribuição deles ao cuidado (numa concepção ampliada da

8 Documento interno da Escola Estadual de Saúde Pública (EESP-SESAB) para seleção de estagiários, 2009.

palavra), não seria preciso limitar essas intervenções a contextos claramente não clínicos?

Não pretendemos resolver estas questões no presente texto, nem descartar todas as dúvidas. Temos, porém, plena convicção de que não é necessário excluir, de antemão, qualquer terreno de atuação aos cientistas sociais dentro do campo da saúde. Pelo contrário, todas nossas experiências, seja durante esses dois primeiros anos da Residência em Saúde Mental, seja anteriormente a ela, apontam pelos grandes benefícios que atitudes de abertura de espírito e de experimentação constantemente avaliada podem trazer.

Vale lembrar, a essa altura, que a antropologia tem uma longa história de atuação clínica no campo da saúde mental. Após as experimentações de Gregory Bateson e da Escola de Palo Alto a partir dos anos 1950 (BATESON, 2000), os mais importantes avanços, tanto teóricos como clínicos, provêm sem sombra de dúvida da chamada Etnopsiquiatria francesa (LAPLANTINE, 1994) – embora etnopsicanálise seja certamente uma descrição mais adequada –, fundada por Georges Devereux (1970; 1972) e aprofundada por seus seguidores. (NATHAN, 1986; MORO, 1994) Devido aos amplos trabalhos desta escola e ao contexto histórico de crescente multiculturalidade na Europa, há relatos da atuação de antropólogos na clínica psiquiátrica (transcultural) na França, na Suíça e na Itália (CARDAMONE; ZORZETTO, 2000), geralmente no atendimento a imigrantes.

No Brasil, primeiros esboços de uma reflexão a propósito desta problemática vêm se manifestando. Muito recentemente, por exemplo, o I Congresso da ABRASME realizado em Florianópolis, no período de 3-5 de dezembro de 2008, adotou uma moção que defende a inclusão de cientistas sociais em espaços no campo de saúde mental, no intuito de:

- “contribuir para *ampliação e criação de redes e espaços sociais de inclusão* nas localidades [...] não tendo como característica serem ‘terapêuticos’, mas promotores de saúde e bem estar [...]”;

- difundir “*olhares e métodos* do campo das ciências sociais, particularmente os de inspiração etnográfica que se caracterizam pela compreensão e oscilação entre aproximar-se e distanciar-se do ponto de vista do outro [...]”;
- “criar espaços de *visibilidade* para a produção artística no campo da saúde mental [...] como ferramenta de expressão de subjetividades, produção do cuidado e transformação cultural [...]”.⁹

A abordagem clínica dos problemas de saúde que envolvem o (ab)uso de substâncias psicoativas (SPAs) representa um espaço onde existe internacionalmente um certo reconhecimento da importância do olhar do cientista social. O famoso triângulo usado por Olievenstein (1980) para ilustrar a complexidade da questão do uso de SPAs tem o contexto sócio-cultural como um dos seus três vértices.¹⁰ Isto torna clara a necessidade de atuação de um profissional que possua formação voltada especificamente para compreender a influência deste aspecto na configuração das questões de saúde.

No Brasil, é atestado o recurso a este profissional por serviços que cuidam de usuários de álcool e outras drogas (o subcampo ad), notadamente em técnicas inovadoras como os consultórios de rua ver Oliveira, (2009). Na Bahia, assistimos a uma tendência – e a um notável esforço de determinados gestores – em prol da contratação de cientistas sociais nas equipes de CAPSad e/ou de consultórios de rua. A Prefeitura Municipal de Camaçari (BA), por exemplo, lançou no início de 2010 um concurso público para sua rede de saúde que inclui uma vaga, com carga horária de 40 horas, para um(a) sociólogo(a). (AOCP, 2010, p. 5, 32, 70-71) Este atuará na área de “Saúde mental – Transtorno por uso abusivo e/ou dependência de álcool e outras drogas”

Além de atribuições e responsabilidades similares às de qualquer outro membro da equipe com educação superior, o(a) sociólogo(a) se

9 Moção votada no referido Congresso e não publicada.

10 Os outros dois representam o indivíduo e a propriedade química da substância.

encarregará principalmente, segundo o edital, de elaborar e executar “projetos, programas e pesquisas sobre as condições sócio-econômicas, culturais e organizacionais das instituições comunitárias”. Para tanto, deverá entre outros: “promover interação humana em novos pólos de desenvolvimento sócio, político e econômico identificados, executando trabalhos que favoreçam o desenvolvimento comunitário”; “contribuir para a melhor adequação de sistemas cooperativos à realidade sócio-econômica, realizando estudos de organização social”; e “prestar assessoria técnica aos órgãos competentes em assunto de natureza sócio-econômica [e] cultural, elaborando estudos e pareceres para orientar tomada de decisões em processos de planejamento e organização”. (AOC, 2010, p. 70-71) Ou seja, pretende-se criar um ambicioso perfil de profissional, cujas tarefas são múltiplas e variadas, indo da clínica à pesquisa, passando pela intervenção comunitária, pelo planejamento e pela gestão.

VIVÊNCIAS NOS SERVIÇOS E PRÁTICAS INOVADORAS

A inclusão das duas Residentes cientistas sociais nas equipes interdisciplinares de saúde mental agregou várias contribuições, que podem ser agrupadas aqui segundo três das quatro dimensões que compõem o processo social complexo (ROTELLI et al., 1990) da Reforma Psiquiátrica Brasileira. São os eixos: epistemológico ou teórico-conceitual, isto é, o “conjunto de questões que se situam no campo da produção dos saberes [...] que autorizam o saber-fazer” (AMARANTE, 2003, p. 49); sociocultural, “que expressa [...] a transformação do lugar social da loucura” (AMARANTE, 2003, p. 53); e técnico-assistencial (que diz respeito à organização dos serviços entendidos como dispositivos estratégicos

e às técnicas de acolhimento, de cuidado e de trocas sociais por eles desenvolvidos).¹¹ (AMARANTE, 2007, p. 61, 79)

Vale ressaltar que nosso uso dessas categorias têm um objetivo heurístico, ou seja, que, na realidade, as representações e práticas não se encaixam – e nem precisam se encaixar – dentro de tais limites conceituais. Pelo contrário, as experiências e ações abaixo descritas geralmente se inscrevem simultaneamente em várias das dimensões citadas.

a) Eixo epistemológico

Por descentramento antropológico, entendemos o processo consciente de distanciamento em relação à cultura do observador que se torna necessário à compreensão da alteridade. Tal processo de “tradução intercultural” implica um tipo de “dupla subjetividade” (TAMBLIAH, 1990, p. 111, tradução nossa), ou seja, de “simpatia e empatia, assim como distância e neutralidade por parte do observador, analista e interpretador do fenômeno social”, que deve “primeiro, tanto quanto possível, entrar ‘subjetivamente’ na mente dos atores e entender as suas intenções e reações, em termo das categorias de significado deles, e então, subseqüentemente ou simultaneamente, distanciar-se destes fenômenos e traduzi-los e mapeá-los” nos seus próprios termos.

Este *descentramento*, ou melhor, esta oscilação¹² entre aproximar-se e distanciar-se na interação com a alteridade é uma atitude eminentemente saudável em qualquer contexto de interação social. No campo da saúde mental, pode contribuir a uma redução do sofrimento psíquico pela relativização de valores naturalizados. Na discussão em grupos terapêuticos, por exemplo, a definição (social e cultural) e a importância

11 O quarto eixo é jurídico-político, relativo à cidadania, ou seja, à promoção dos direitos humanos e sociais, à revisão da legislação, etc. Obviamente, não negamos que sociólogos ou antropólogos possam intervir com êxito neste sentido. Apenas constatamos que as ações desenvolvidas pelos Residentes cientistas sociais durante este biênio não priorizaram esta dimensão, se inscrevendo nela de modo indireto.

12 Metáfora que devemos ao antropólogo espanhol Angel Martinez Hernández.

relativa de categorias como família, trabalho, religião, qualidade de vida ou sexo, podem ser efetivamente questionadas.

Esta atitude fundamental de dúvida em relação a tudo o que, apesar de parecer evidente, é de fato resultado de uma construção cultural, precisa ser articulada ao que propomos chamar de vigilância crítica, permite, notadamente, uma problematização da loucura e da medicalização.

Trata-se, mais especificamente, de entender o sentido histórico das práticas de saúde, desconstruindo hegemonias. Procura-se, por exemplo, evidenciar: que o corpo é também um objeto cultural; que a concepção de natureza como esfera primordial é uma forma de ver e organizar o mundo, e não uma verdade incontestável. Com certeza, uma das tarefas do cientista social na área da saúde seria então mostrar que tal concepção não é inócua, pois produz consequência na distribuição do poder, ou seja, possui também uma dimensão ideológica.

São os paradigmas relacionados à saúde e à doença que as Ciências Sociais têm potencial de relativizar através da vigilância crítica. Embora não haja exatamente uma premissa de exclusividade, é preciso lembrar que o cientista social é o profissional cuja formação favorece especialmente este tipo de reflexão.

b) Eixo sociocultural

No que tange à criação de redes e espaços não explicitamente terapêuticos, o cientista social deve traduzir seu conhecimento dos contextos e das dinâmicas no que chamaríamos de uma verdadeira engenharia social, que pode ser definida como um conjunto de iniciativas estratégicas e ações concretas, nascidas tanto das reflexões teóricas, quanto da objetivação de fenômenos sociais complexos e da interpretação de dados. Estes, de fato, têm o mérito de iluminar práticas com conhecimentos socioculturalmente fundados.

Um dos fenômenos complexos para reflexão – e que configura, no nosso entendimento, o primeiro campo de luta – é o do estigma e o do seu contraponto, as ações contra-estigmatizantes. A loucura e a drogadição

são enfermidades sujeitas a forte estigmatização e evidenciam, de modo às vezes, tragicamente explícito, a que ponto a dimensão contextual tem grande influência no processo do adoecimento. Estigma, com base na leitura de Goffman (1988), pode ser definido como um atributo classificado de forma depreciativa dentro de uma determinada linguagem de relações. Ou seja, a característica estigmatizada não é ruim em si mesma; apenas é negativada em decorrência de sua classificação dentro de um determinado quadro de valores, o que não significa – muito pelo contrário – que tal categorização mental não possua graves conseqüências práticas.

É importante ressaltar, a essa altura, que aspectos morais são sempre imbricados na esfera da saúde e contribuem, no caso dos problemas de saúde mencionados, a definir o lugar – seja simbólico, seja material – que a comunidade reserva para esses indivíduos. A questão de que elementos o imaginário social oferece para eles configurarem sua identidade é um fator que, com certeza, determina o potencial – se não de cura – ao menos de integração social dos indivíduos: se vai existir um afastamento cada vez maior, um isolamento ou uma ruptura, ampliando assim o sofrimento, ou se a compreensão geral do problema oferece possibilidades de integração.

A estigmatização está estreitamente relacionada ao preconceito (NUNAN, 2003), que pode ser definido como a atitude hostil ou nociva para com determinado grupo, baseada em generalizações deformadas ou incompletas. O preconceito (de irracionalidade, de periculosidade, de infantilidade, etc.) representa um fenômeno complexo e multicausal, gerador de discriminação e sofrimento. É algo que se reflete até mesmo no comportamento da própria vítima, podendo provocar uma queda significativa na autestima ou sintomas mais agudos como ansiedade, isolamento, agravamento de quadros depressivos e depressão. Além disso, a estigmatização de portadores de transtorno mental se transfigura em diversas modalidades – interpessoal, institucional, simbólica e estrutural – de violência (desqualificações, repreensões, constrangi-

mentos, humilhações, negligência, agressões físicas), exercida nas várias esferas da existência dessas pessoas. (NUNES; TORRENTÉ, 2009) A discriminação, enfim, é um fator de redução das chances de vida dos indivíduos estigmatizados.

Ações contra-estigmatizantes, por sua vez, ganham em serem ancoradas numa percepção qualificada do preconceito, da estigmatização e da violência como fenômenos complexos. No nosso entendimento, o cientista social é indubitavelmente um profissional qualificado, por conta da sua formação, para pensar e agir sobre espaços de integração e sobre formas de positividade das identidades estigmatizadas. Agir significa, inclusive, criar ferramentas, tanto no espaço físico quanto na mente das pessoas, que busquem, quando possível ou estrategicamente oportuno, constranger as instâncias oficiais de poder a providenciar e manter espaços, iniciativas e instituições com a finalidade enunciada. Isto significa especialmente sinalizar a importância da atuação na dimensão cultural para reverter a ação do estigma, visto que, evidentemente, uma transformação de natureza sócio-antropológica não se opera em resposta necessária ou imediata a mudanças de legislação.

A literatura científica assinala, no entanto, que uma das formas de reduzir o preconceito e, conseqüentemente, a discriminação é através do contato (STAUB, 1989; FISKE, 1998 apud NUNAN, 2003), especialmente se a experiência do contato revelar-se positiva.

Um dos pensadores de referência da área da saúde mental brasileira, o psiquiatra Paulo Amarante, tem insistido nos últimos anos na necessidade de trabalhar com prioridade na dimensão (artístico-)cultural, no sentido de empreender

[...] iniciativas [...] estimulando as pessoas a repensarem seus princípios, preconceitos e suas opiniões formadas sobre a loucura. É a transformação do imaginário social sobre a loucura, não como lugar de morte, de ausência e de falta, mas como também de desejo e de vida. (AMARANTE, 2003, p. 56-57)

A transformação social do imaginário sobre a loucura¹³ não se dá de forma prescritiva, mas predominantemente através de ações concretas, que mobilizem sentidos e significações, que produzam interferências capazes de incidir sobre a estética da existência, deslocando conceitos pré-formados. A partir de performances, intervenções que quebrem o ritmo do cotidiano, interrogando-o, produzindo interlocuções e colocando a realidade entre parênteses, produz-se uma incidência sobre conceitos e afetos, deslocando-os, reposicionando-os e transformando a engrenagem que reproduz o estigma. Pode-se sugerir que os deslocamentos se processam na relação: aquela que envolve sujeitos que sofrem e aqueles que (re)produzem situações e processos estigmatizantes.

A guisa de ilustração desse tipo de ação, apresentamos um breve relato da nossa vivência de organização de uma performance, sob a forma de um desfile de moda cujos modelos foram usuários de diversos CAPS. Como qualquer aventura humana, a loucura possui diversas faces e oferece múltiplas possibilidades: eis uma das idéias que nortearam a proposta do Desfile Briloucagem realizado na frente de mais de mil espectadores, participantes no Encontro Internacional Reformas Psiquiátricas e Transformação Cultural no Brasil e no mundo: 30 anos da lei Franco Basaglia.¹⁴ A atividade foi idealizada e operacionalizada por uma equipe de residentes coordenada, especialmente para a consecução desta atividade específica, por uma cientista social. Contou com o apoio e a colaboração de vários profissionais atuando em serviços substitutivos de Salvador.

Ao identificar uma usuária de um serviço de saúde mental possuidora de habilidades de costura e de criatividade na composição de visuais,

13 Sobre esse aspecto e sua caracterização a partir da intervenção descrita abaixo, agradecemos a interlocução com Mônica Nunes.

14 Esse Encontro, resultado de uma parceria entre a Secretaria da Saúde da Bahia e o Instituto de Saúde Coletiva da UFBA (através do Núcleo Interdisciplinar de Estudos em Saúde Mental (NISAM), coordenado pela Prof^a. Mônica Nunes), aconteceu em Salvador nos dias 11 a 13 de maio de 2009 e, além das palestras e debates, deu particular ênfase a eventos de cunho artístico-cultural envolvendo usuários.

a equipe buscou garantir a visibilização de seu potencial criativo e de seu talento através da realização de uma campanha de doações de roupas para serem por ela customizadas. Organizou-se em seguida o transporte de usuários de diversos CAPS da cidade para escolha e prova das roupas, as atividades de costura sendo centralizadas numa oficina do serviço frequentado pela usuária-estilista. No dia do desfile, os usuários-modelos tiveram a oportunidade de ter o seu visual repaginado por alunas e alunos de uma escola de cabeleireiros (Foto 1), cuja parceria tinha sido estreitada pelo trabalho intersetorial da residente cientista social. A mesma, apresentando competência nessa área dentro do seu perfil (ver definição acima), houve enfim um importante investimento na produção de um espaço e na sonorização do mesmo para garantir a execução do evento, com participação de uma disc-jóquei (dj) profissional.

Foto 1 - Preparativos para o Desfile Briloucagem, Centro de Convenções, Salvador, 13 de maio de 2009



Foto: Rosa Oliveira – ISC.

Boa parte do trabalho se deu em prol de propiciar suporte operacional para socializar o resultado da atividade criativa e artística da usuária-estilista. Porém, os objetivos principais do desfile se inseriam justamente na perspectiva de abrir mentes, utilizando como estratégia a atuação

na dimensão cultural, proporcionando uma instância de contato entre portadores de transtorno mental e o público numa perspectiva alegre, lúdica, que explicitasse os potenciais criativos dos chamados malucos.

Esses potenciais foram traduzidos a partir de uma estética da diferença que se manifestava através da bricolagem dos tecidos, da combinação das peças de vestuário, da exaltação das cores, dos modelos das roupas, mas, especialmente, dos modelos que portavam as roupas, e, por esse gesto, transformando-as e sendo por elas transformados (Fotos 2 e 3). A incorporação de personagens, pela potencialidade emergindo da roupa, entrava em cena sob o impacto criado pela composição proposta pelo cenário, público e imaginário pessoal. Tomados pela ambiência de uma espécie de teatro vivo, desfilavam corpos, freneticamente impulsionados pelo delírio do público, embalados por movimentos assíncronicos, ritmados pela interação com as propostas da dj, combinando jeitos de corpo baianos, malandros, malucos, claudicantes, contidos, exibidos, tímidos ou espalhafatosos, numa diversidade de estilos singularmente compassados.

Foto 2 - Modelo do Desfile Briloucagem tomando a palavra,
13 de maio de 2009



Foto: Rosa Oliveira - ISC.

Foto 3 - Encerramento do Desfile Brilouçagem, 13 de maio de 2009



Foto: Rosa Oliveira – ISC.

A experiência desse desfile colocou em pauta, ao menos, três aspectos fundamentais: a participação propriamente dita dos usuários durante todo o processo de construção do desfile, o que implicou um gerenciamento coletivo a partir de um planejamento envolvendo usuários e profissionais, semanas antes da realização do desfile; a ocupação pelos mesmos de um espaço social relevante e reconhecido por um público expressivo e formador de opinião (vale dizer que esse grupo de usuários foi convidado outras vezes para repetir o desfile, inclusive na Câmara de Vereadores de Salvador); e, por fim, a capacidade que esse evento teve de expor uma experiência estética colocando a loucura em evidência pela via da criação, da bricolagem e do brilho – o que, em última instância, remete ao nome Brilouçagem.

Finalmente, além das ações contra-estigmatizantes de todo tipo, seria de particular importância – e o será sempre mais na conjuntura que enfrentaremos de crescente disputa entre reforma e contra-reforma psiquiátrica – o esforço de dar visibilidade ao campo psicossocial, ou seja, não somente ao próprio portador de sofrimento psíquico, mas também ao trabalho desenvolvido por vários agentes e instituições pela inserção social do mesmo. Esse aspecto de comunicação social sobre o que se pretende fazer e o que está efetivamente sendo realizado deixa muito a desejar. Poderia ser mais uma área de atuação onde os cientistas sociais dariam seus aportes.

c) Eixo técnico-assistencial

O cientista social, dentro da equipe de saúde, pode também dar, digamos, uma contribuição hermenêutica à adequação da abordagem terapêutica, visto que o sofrimento possui especificidades culturais e envolve construções coletivas, isto é, simbólicas.

As maneiras de compreender e experimentar o adoecimento variam, a depender do contexto e da historicidade. Por exemplo, o que um norte-americano trata como problema exclusivamente biomédico, um baiano pode tratar no Candomblé como problema de santo, o que pode, aliás, levá-lo a um tratamento mais eficiente, se pensarmos na integralidade, ao situar a doença em uma determinada ordem, oferecendo uma explicação e um lugar no mundo à pessoa doente, o que muitas vezes representa uma melhoria na qualidade de vida que o remédio puro não é capaz de proporcionar.

Também numa perspectiva fenomenológica, sublinhamos a pertinência do uso do conhecimento antropológico/sociológico para auxiliar a dimensão terapêutica, pois a doença, além de fato biológico, é vivida, experienciada; ou seja, existe uma compreensão tanto da comunidade quanto do doente sobre aquele evento. Muitas vezes, uma desordem orgânica é relacionada à desordem social: a uma transgressão, a uma missão não cumprida, etc. A intervenção do cientista social, formado

profissionalmente para investigar, através da observação e participação na rotina das comunidades, o sentido que as práticas assumem para aqueles que dela compartilham, auxilia a equipe a situar a doença em relação à trajetória social do doente, ampliando assim as possibilidades de manejo dos casos e a eficácia de determinadas intervenções.

É com esse objetivo que foi concebido, proposto aos vários parceiros da rede e realizado de modo experimental, o que a residente Alba Borges batizou de Acompanhamento Individual no Território Êmico. Inspirado em formulações da oposição êmico/ético propostas por Geertz (1998), consiste em uma tentativa de aproximação da experiência do outro (no caso, quem está sendo acompanhado), que se distingue da experiência-distante (aqui as ideias e representações do cuidador em relação ao outro e ao seu universo). A originalidade desta abordagem consiste então em descobrir e percorrer o território a partir da percepção e experiência do próprio usuário, e não – como vem sendo quase sistematicamente feito pelos serviços de saúde – a partir de pré-concepções externas. Cabe ressaltar aqui um fato sociológico – naturalizado no contexto nacional, mas que passa demasiadamente esquecido: os profissionais de saúde mental são, geralmente, pessoas que receberam uma educação formal e pertencem a outras classes sociais, mantêm redes sociais diferentes (frequentemente moram em outros bairros) e tiveram vivências distintas em relação ao que caracteriza o meio social e o horizonte fenomenológico da grande maioria dos usuários. Além da atitude de descentramento social e cultural, a intervenção no território êmico é também de escuta e de agenciamento. No ideal, viria igualmente amparada, na medida do possível, numa abordagem hermenêutica das narrativas de adoecimento.

PARA CONCLUIR...

Refletindo sobre a composição das equipes dos Centros de Atenção Psicossocial, onde a multidisciplinaridade permite e incentiva a troca de

papéis, mas onde saberes e práticas de cada núcleo correm o risco de se diluir em maus hábitos – monótonos, não problematizados, etc. –, cabe questionar qual seria a especificidade do cientista social? Frente à enorme dificuldade de dar uma resposta satisfatoriamente completa a tal questionamento, podemos dizer, porém, que grande parte dessa especificidade está na atenção para com determinados aspectos da realidade, no olhar que informa atuações concretas como as descritas neste texto. A contribuição do cientista social seria também a de convidar e ajudar os outros profissionais da equipe a enxergarem e problematizarem os fenômenos nessa perspectiva, disseminando o seu instrumental teórico-metodológico de conhecimento da realidade e reconstituindo, a partir deste viés, as experiências de sofrimento, adoecimento, de modo a diminuir as zonas de sombra e proporcionar alternativas mais eficazes de tratamento.

Dois anos de inserção de residentes cientistas sociais em serviços de saúde mental confirmaram nossas intuições sobre a legitimidade e o potencial desta experiência. Em toda honestidade, a resposta dos usuários e familiares, a aceitação e colaboração dos colegas de equipe, o estímulo dado pelos gerentes e gestores foram além das expectativas. Não testemunhamos nenhuma resistência, nenhuma colocação em dúvida das competências, nenhum reflexo corporativista contrário à presença e à atuação das duas sociólogas (ou de seu preceptor antropólogo) por eles serem oriundos de outro núcleo de saberes e práticas.

Tal constatação causa surpresa e contentamento, mas também acende um sinal de alerta para aqueles que sabem que nenhum processo realmente transformador pode acontecer totalmente sem atritos... Ficam então pelo menos duas grandes dúvidas, uma tendo por objeto o campo da saúde, a outra o núcleo das Ciências Sociais, que expressamos aqui no intuito polêmico de prevenir que se durma em cima dos louros: 1) Já que a entrada de cientistas sociais nas equipes multiprofissionais de saúde mental vem se efetuando de modo menos problemático do que era esperado, será que isso se deve sobretudo à relativa artificialidade do

experimento? Ou seja, tratar-se-ia de um experimento demasiadamente local, de impacto necessariamente limitado para que as resistências reais, no campo da saúde, venham à tona? 2) Ao mergulhar em práticas interdisciplinares, será que o cientista social vê sua especificidade profissional enriquecida ou, na verdade, diluída? Ou seja, parafraseando Gastão Wagner Campos (2000, p. 220), será que “a ambigüidade e a ubiqüidade” das Ciências Sociais¹⁵ não contribuirá, em última análise, para sua fragmentação e seu enfraquecimento, vulgarizando seus métodos e práticas, banalizando seus saberes, tornando o seu olhar sobre o mundo menos agudo e menos pertinente?

Por enquanto, só podemos guardar estas alertas em mente e aceitá-las como desafios. O futuro, pelo aprofundamento e talvez a ampliação do experimento, é que se encarregará de dar as respostas!

Referências

AMARANTE, P. D. C. *Saúde mental e atenção psicossocial*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2007.

AMARANTE, P. D. C. A (clínica) e a reforma psiquiátrica. In: AMARANTE, Paulo. (Coord.). *Archivos de saúde mental e atenção psicossocial*. Rio de Janeiro: Nau, 2003. p. 45-66.

APA – AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. *Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais*. 4 ed. Porto Alegre: Artes Médicas, 1995.

AOCP. Edital de concurso público nº 002/2010. Disponível em: <<http://www.aocp.com.br/concursos/arquivos/EditaldeAberturaSAUDE-002-2010.pdf>>. Acesso em: 19 abr. 2012.

15 No original, o diagnóstico se aplica ao conceito de saúde coletiva.

- BATESON, G. *Steps to an ecology of mind*. Chicago: University of Chicago Press, 2000.
- BECKER, H. A Escola de Chicago. *Mana*, Rio Janeiro v. 2, n. 2, p. 177-188, out. 1996. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/mana/v2n2/v2n2a08.pdf>>. Acesso em: 17 abr. 2012.
- BIBEAU, G. *La santé du monde*. Montreal: CSN, 1987.
- BONET, O. *Saber e sentir: uma etnografia da aprendizagem da biomedicina*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2004. (Antropologia e Saúde)
- BOURDIEU, P. *O poder simbólico*. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil, 2009.
- BOURDIEU, P. *La distinction: critique sociale du jugement*. Paris: Minuit, 1979. (Le sens commun).
- CAMPOS, G. W. S. Saúde pública e Saúde coletiva: campo e núcleo de saberes e práticas. *Ciênc Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 3, n. 1 e 2, p. 51-74, jan./dez. 2000. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csc/v5n2/7093.pdf>>. Acesso em: 17 abr. 2012.
- CAMPOS, G. W. S.; CHAKOUR, M.; SANTOS, R. S. Análise crítica sobre especialidades médicas e estratégias para integrá-las ao Sistema Único de Saúde (SUS). *Cad Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 13, n. 1, p. 141-144, jan./mar., 1997. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csp/v13n1/0233.pdf>>. Acesso em: 17 abr. 2012.
- CAPRARA, A.; FRANCO, A. L. S. A relação paciente-médico: para uma humanização da prática médica. *Cad Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 15, n. 3, p. 647-654, jul./set., 1999. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csp/v15n3/0505.pdf>>. Acesso em: 16 abr. 2012.
- CARDAMONE, G.; ZORZETTO, S. *Salute mentale di comunità: elementi di teoria e di pratica*. Milão: Franco Angeli, 2000.
- CORIN, E. The social and cultural matrix of health and disease. In: EVANS, R. G; BARER, M. L.; MARMOR T. R. (Eds.). *Why are some people healthy and others not?: the determinants of the health of populations*. Hawthorne: Aldine, 1994. p. 93-132.
- CSORDAS, T. J. *Corpo / Significado / Cura*. Porto Alegre: UFRGS, 2008.

- CONGRESSO DA ABRASME, 1. 2008., Florianópolis. *Anais...* Florianópolis: UFSC/ ABRASME, 2008.
- DESCOLA, P. *Par-delà nature et culture*. Paris: Gallimard, 2005. (Bibliothèque des Sciences Humaines).
- DESCOLA, P. Constructing natures: symbolic ecology and social practice. In: DESCOLA, P.; PÁLSSON, G. (Org.). *Nature and society: anthropological perspectives*. New York: Routledge, 1996. p. 82-102.
- DEVEREUX, G. *Essais d'ethnopsychiatrie générale*. Paris: Gallimard, 1970.
- DEVEREUX, G. *Ethnopsychanalyse complémentariste*. Paris: Flammarion, 1972. In: ENCONTRO INTERNACIONAL "AS REFORMAS PSIQUIÁTRICAS E A TRANSFORMAÇÃO CULTURAL EM SAÚDE MENTAL NO BRASIL E NO MUNDO: 30 ANOS DA LEI FRANCO BASAGLIA". 2009. Salvador. *Anais...* Salvador: ISC/UFBA/SESAB, 2009.
- EVANS-PRITCHARD, E. E. *Bruxaria, oráculos e magia entre os Azande*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 2004.
- FOUCAULT, M. *História da sexualidade I: a vontade de saber*. Rio de Janeiro: Graal, 1985.
- FOUCAULT, M. *Naissance de la clinique: une archéologie du regard médical*. Paris: PUF, 1963.
- GEERTZ, C. *O saber local: novos ensaios de antropologia interpretativa*. Petrópolis: Vozes, 1998.
- GOFFMAN, E. *Estigma: notas sobre a manipulação da identidade deteriorada*. 4 ed. Rio de Janeiro: Zahar, 1988.
- HELMAN, C. G. *Cultura, saúde e doença*. 4 ed. Porto Alegre: Artmed, 2003.
- IRIART, J. A. B. *Concepções e representações da saúde e da doença: contribuições da Antropologia da Saúde para a Saúde Coletiva*. Salvador: Instituto de Saúde Coletiva, Universidade Federal da Bahia, 2003. (Texto didático)
- KLEINMAN, A. What is specific to Western medicine? In: BYNUM, W. F.; PORTER, R. (Org.). *Companion encyclopedia of the history of medicine*. New York: Routledge, 1993. p. 16-23. v. 1.

- KLEINMAN, A. *Patients and healers in the context of culture: an exploration of the borderland between anthropology, medicine and psychiatry*. Berkeley: University of California Press, 1980.
- LAPLANTINE, F. *Aprender etnopsiquiatria*. São Paulo: Brasiliense, 1994.
- LE BRETON, D. *A sociologia do corpo*. Petrópolis: Vozes, 2006.
- LÉVI-STRAUSS, C. O feiticeiro e sua magia. In: _____. *Antropologia Estrutural*. Rio de Janeiro: Tempo Brasileiro, 1985. p. 193-213.
- MARTÍNEZ HERNÁNDEZ, A. *Antropología médica: teorías sobre la cultura, el poder y la enfermedad*. Rubí (Barcelona): Anthropos, 2008.
- MEZZICH, J. E. et al. (Ed.) *Culture and psychiatric diagnosis*. Washington: American Psychiatric Press, 1996.
- MORO, M.-R. *Parents en exil: psychopathologie et migrations*. Paris: PUF, 1994.
- MURPHY, H. B. M. *Comparative psychiatry: the international and intercultural distribution of mental illness*. Berlin: Springer, 1982.
- NATHAN, T. *La folie des autres: traité d'ethnopsychiatrie clinique*. Paris: Dunod, 1986.
- NUNAN, A. *Homossexualidade: do preconceito aos padrões de consumo*. Rio de Janeiro: Caravansarai, 2003.
- NUNES, E. D. As Ciências sociais em saúde: reflexões sobre as origens e construção de um campo de conhecimento. *Saúde Soc.*, São Paulo, v. 1, n. 1, p. 59-83, 1992. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/sausoc/v1n1/07.pdf>>. Acesso em: 18 abr. 2012.
- NUNES, M.; TORRENTÉ, M. Estigma e violências no trato com a loucura: narrativas de centros de atenção psicossocial, Bahia e Sergipe. *Rev Saúde Pública*, São Paulo, v. 43, supl. 1, p. 101-108, 2009. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rsp/v43s1/752.pdf>>. Acesso em: 18 abr. 2012.
- OLIVEIRA, M. G. P. *Consultório de rua: relato de uma experiência*. Salvador; 2009. 151 f. Dissertação (Mestre em Saúde Pública) - Instituto de Saúde Coletiva, Universidade Federal da Bahia, Salvador, 2009.
- OLIEVENSTEIN C. *A droga: drogas e toxicômanos*. São Paulo: Brasiliense, 1980.

ONOCKO CAMPOS, R. T. O planejamento em saúde sob o enfoque da hermenêutica. *Ciência e saúde coletiva*, Rio de Janeiro, v. 6, n. 1, p. 197-207, 2001. Disponível em: <<http://redalyc.uaemex.mx/pdf/630/63060116.pdf>>. Acesso em: 18 abr. 2012.

PINHO, P. H. et al. A reabilitação psicossocial na atenção aos transtornos associados ao consumo de álcool e outras drogas: uma estratégia possível? *Rev Psiquiatr Clín*, São Paulo, v. 35, supl.1, p. 82-88, 2008. Disponível em: <<http://www.hcnet.usp.br/ipq/revista/vol35/s1/82.htm>>. Acesso em: 18 abr. 2012.

RABELO, M. C.; ALVES, P. C.; SOUZA, I. M. *Experiência de doença e narrativa*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1999. (Antropologia e Saúde).

ROTELLI, F. et al. Desinstitucionalização, uma outra via. In: NICÁCIO, F. (Org.). *Desinstitucionalização*. São Paulo: Hucitec, 1990. p. 17-59.

SHEPER-HUGHES, N.; LOCK, M. The mindful body: a prolegomenon to future work in Medical Anthropology. *Med Anthropol Q*, Arllington, v. 1, n. 1, p. 6-41, mar., 1987.

SILVEIRA, M. L. *O nervo cala, o nervo fala: a linguagem da doença*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2000.

SONTAG, S. *Doença como metáfora, AIDS e suas metáforas*. São Paulo: Companhia de Letras, 2002.

STAUB, E. *The roots of evil: the origins of genocide and other group violence*. Cambridge: Cambridge University Press, 1989.

TAMBIAH, S. J. *Magic, science, religion, and the scope of rationality*. Cambridge: Cambridge University Press, 1990. (Lewis Henry Morgan Lectures).

TREVISAN, J. S. *Devassos no paraíso*. São Paulo: Max Limonad, 1986.

TSENG, W.-S. From peculiar psychiatric disorders through culture-bound syndromes to culture-related specific syndromes. *Transcult Psychiatry*, Quebec, v. 43, n. 4, p. 554-576, 2006. Disponível em: <<http://tps.sagepub.com/content/43/4/554.full.pdf+html>>. Acesso em: 18 abr. 2012.

UCHÔA, E.; VIDAL, J. M. Antropologia médica: elementos conceituais e metodológicos para uma abordagem da saúde e da doença. *Cad Saúde*

Pública, Rio de Janeiro, v. 4, n. 10, p. 497-504, out./dez., 1994. Disponível em: <<http://www.scielosp.org/pdf/csp/v10n4/v10n4a10.pdf>>. Acesso em: 18 abr. 2012.

YAP, P. M. Koro: A culture-bound depersonalization syndrome. *Br J Psychiatr*, London, v. 111, n. 470, jan., p. 43-50, 1965. Disponível em: <<http://bjprcpsych.org/content/111/470/43.full.pdf+html>>. Acesso em: 18 abr. 2012.

O lugar da enfermagem na saúde mental

encontros e desencontros

*Amanda Marques dos Santos
Renata Maria de Oliveira Costa*

HISTÓRIA DA LOUCURA

A loucura, na Grécia Antiga, possuía espaço para livre expressão, não sendo necessário controlá-la ou excluí-la. Na Idade Média, pouco dessa antiga concepção acerca da loucura se modificou: o louco foi grandemente exaltado. Com a perseguição religiosa surgida na Europa, em meados do século XV, houve a execração de diversos indivíduos que ameaçavam o poder da Igreja Católica. Nesse contexto, ao louco, foi dada a conotação de herege, tendo este sido martirizado e queimado nas fogueiras da Inquisição. (FOUCAULT, 2008)

Durante a ascensão do mercantilismo, período considerado como o Século das Luzes, surgem as primeiras manifestações intelectuais que, dentre outras ações, contestava o poder absoluto dos reis. Dessa época, há relatos sobre os primeiros encarceramentos daqueles que não podiam contribuir com o comércio. (JORGE et al., 2003)

A loucura então passou a demandar “cuidados” sociais. Até o fim do século XVIII, de acordo com Foucault (2008, p. 111), a partir da criação

do Hospital Geral e da abertura das primeiras casas de correção (na Alemanha e na Inglaterra) inaugura-se a chamada era clássica interna. As décimas partes das prisões feitas em Paris, com destino ao Hospital Geral, referiam-se aos “insanos”, pessoas de espírito alienado, que se tornaram inteiramente loucas.

Segundo Foucault (2008), o desconhecimento da natureza da loucura, bem como dos seus signos positivos, permitiram que lhes fossem aplicadas as formas mais gerais e diversas de internamento e “tratamento”. Assim, o Hospital Geral começou a assemelhar-se com uma prisão, onde as regras impostas eram, em suma, aquelas que a ordenação criminal prescrevia nos idos de 1670.

No Hospital Geral, a figura do médico existia apenas para barrar a febre das prisões existentes à época. O internamento foi um primeiro esforço na direção da hospitalização da loucura, e as possibilidades de tratamento seguiam a linha do regime da correição, prática de exercícios e obediência às leis.

Em relação ao caráter médico das práticas sociais referentes à loucura, Castel (1978) assinala que, no século XVIII, o papel da medicina aparece de forma natural e paradoxal ao mesmo tempo, pois há tempos, ela já investia sobre a loucura, a ponto de sistematizar a medicalização dos loucos, aliada à tecnologia da internação hospitalar.

A loucura é então capturada apenas pelo olhar médico, e o louco ganha um novo status jurídico, social e civil, o de alienado, que perdurará por anos a fio. Este fato torna-se mais acentuado quando a cultura da internação do louco em “estabelecimento especial” se impôs de forma mais concreta.

Atrelado a esse movimento, surgem alguns ideais de cura para a loucura, sendo paulatinamente criado um espaço para o recebimento dos loucos passíveis de serem curados, que por sua vez, não abrigava o mesmo quantitativo de loucos existentes no Hospital Geral. No começo século do XV, na Europa, surgem os primeiros hospitais de insanos. Nesse momento, por parte da medicina, há o início de uma intenção

em se debruçar sobre a loucura, assim como as orientações da jurisprudência sobre a forma de tratar o louco. (FOUCAULT, 2008)

Com o surgimento da figura de Pinel, nos fins do século XVIII, e com a consequente criação da psiquiatria, a loucura ganha status de doença mental. A alienação mental foi concebida como um distúrbio das funções intelectuais do sistema nervoso. Considera-se o cérebro como sede da mente; e a mente, o local onde se manifesta a loucura. (JORGE et al., 2003)

Mesmo com esses avanços na forma de se encarar e conceber a loucura, os autores citados anteriormente assinalam que, desde Pinel, que introduziu a noção de subjetividade; o confinamento da loucura na organização do espaço asilar como proposta terapêutica pouco evoluiu. Nasce, portanto uma crítica ao caráter fechado da instituição psiquiátrica.

De acordo com Tenório (2002, p. 26) a noção de reforma, dentro do contexto da psiquiatria, surgiu com o nascimento da própria psiquiatria, isso se considerarmos que os próprios reformadores da revolução francesa delegaram a Pinel a tarefa de humanizar e dar um sentido terapêutico aos hospitais gerais, onde os loucos encontravam-se recolhidos junto a outros marginalizados da sociedade.

Após Pinel, inúmeras tentativas de resgate do potencial terapêutico da instituição psiquiátrica ocorreram, dentre elas, a colônia de alienados. No Brasil, uma das mais importantes e perspicazes críticas ao alienismo e à ciência positivista que o autorizou e o legitimou é a obra literária de Machado de Assis, *O Alienista*. (AMARANTE, 2007)

Todo o movimento reformista que foi desencadeado tornou possível assistir, em diversos países, ao desejo de mudança das condições de vida oferecidas aos pacientes psiquiátricos, o que fez com que o ideal de reforma psiquiátrica povoasse os anseios da sociedade. Diversas propostas de reforma ocorreram em todo o mundo, sendo algumas marcantes pela sua inovação e pelo impacto sobre as experiências contemporâneas.

A Comunidade Terapêutica e a Psicoterapia Institucional – defendia que seria possível qualificar a psiquiatria a partir da introdução de mudanças no hospital psiquiátrico, para que o mesmo se tornasse uma

instituição terapêutica; a Psiquiatria de Setor (Saúde Mental Comunitária) e a Psiquiatria Preventiva – acreditavam que o modelo hospitalar estava esgotado, contudo ele só se tornaria obsoleto após a construção de serviços assistenciais que qualificassem o cuidado terapêutico. Já a Antipsiquiatria e a Psiquiatria Democrática – ambas consideravam que a questão estava no modelo científico psiquiátrico, que é todo ele questionado, assim como suas instituições assistenciais. (AMARANTE, 2007)

As noções de atenção dentro do contexto psicossocial, a necessidade de transversalidade no encontro dos papéis profissionais e institucionais com a intenção de problematizar as hierarquias e hegemonias, a terminologia Saúde Mental, o reclame da cidadania dos loucos, a atenção territorial, a criação dos Centros de Saúde Mental (CSM), a regionalização das ações em saúde mental, o acompanhamento terapêutico no território postulado pela Psiquiatria de Setor, a noção de crise e desinstitucionalização, dentre outros avanços, são algumas das mudanças já experimentadas a partir desse movimento reformista.

Em países como os Estados Unidos – onde a Saúde Mental Comunitária evidencia o desejo de efetivação de políticas de desospitalização visando, dentre outros aspectos, tornar o hospital obsoleto – bem como na Inglaterra com a antipsiquiatria pregada por Dell’Acqua, Basaglia e Rotelli, para os quais a doença mental era uma experiência que o indivíduo vivenciava em sua relação com o ambiente social. Nessa afirmação encontram-se as bases do movimento que ecoa em todo mundo, inclusive no Brasil.

Segundo Delgado citado por Tenório (2002), a noção de reforma já possui uma inflexão diferente, pois a crítica ao asilo deixa de visar ao seu aperfeiçoamento ou humanização, incidindo sobre os próprios pressupostos da psiquiatria, a condenação de seus efeitos de normatização e controle.

Deflagra-se a impossibilidade de controle da loucura e observam-se práticas desumanas e traumáticas; urge, portanto, a necessidade de repensar as práticas de cuidado do/com o sujeito louco. Em relação

à apropriação da atenção à saúde do louco, esta não mais se encontra unicamente centrada na figura do médico psiquiatra, mas de uma equipe multiprofissional. Enfermeiros, psicólogos, assistentes sociais, terapeutas ocupacionais e outros, passaram a ter, a partir de então, além do médico, protagonismo no contexto das políticas de saúde mental. (AMARANTE, 2007)

Com o exposto, elucida-se que paralelo a todo esse processo de transformação na forma de se conceber e de tratar a loucura, a enfermagem mesmo quando ainda não instituída enquanto uma profissão, sempre esteve envolvida nas ações que visavam tratar o sujeito louco e a loucura.

ENFERMAGEM E LOUCURA

A enfermagem é uma profissão antiga, que desde os primórdios sempre se configurou como uma prática assistencial voltada para o cuidado. Sua história pode ser descrita seguindo diversos momentos históricos no Brasil e no mundo. Tomando-se a Idade Média como marco, onde não existia uma profissão devidamente configurada e as práticas em saúde eram realizadas por sacerdotes, escravos e mulheres; a noção de doença era muito ligada ao sobrenatural; e as práticas em saúde às atividades domésticas.

Sobre a loucura, nesse período, o que era proferido pelo louco era considerado divino, capaz de modificar os acontecimentos e interferir na vida dos homens. Havia uma reverência ao sobrenatural, ao místico e aos delírios dos loucos. Com o advento do cristianismo, assistimos a uma enfermagem cujos executores eram pessoas ligadas à Igreja e que possuíam “espírito de caridade”. Vale destacar que em relação à concepção do processo saúde-doença, eram saudáveis aqueles que viviam em comunhão com Deus, e a doença era considerada uma forma de castigo divino.

Após o mercantilismo, com o surgimento do capitalismo e a ascensão da burguesia no final do século XVIII e início do século XIX, surge na Inglaterra a enfermagem moderna. A conotação de vocação presente, nesse período, acopla-se ao perfil do profissional de enfermagem que passa a ser não somente o religioso, como também a pessoa leiga.

Florance Nightingale, na Inglaterra, e Anna Néry, no Brasil, são grandes nomes da Enfermagem da Era Moderna, e contribuíram para a adoção de práticas de cuidados aos doentes a partir de critérios de cientificidade buscando a melhoria das condições sanitárias da população e hierarquização profissional, que se evidenciou na clássica divisão do trabalho manual versus trabalho intelectual da equipe de enfermagem.

A escola Nightingaleana de Londres é considerada um marco histórico e referência desse momento da enfermagem; pois, foi a partir desta, que identificamos características importantes do emergente sistema capitalista, a saber, a divisão do trabalho e a utilização de mulheres em um trabalho que exigia pouca qualificação.

Essa referida escola tinha como objetivo principal a implementação de técnica disciplinar que possibilitasse a transformação do espaço hospitalar em local de cura, de disciplinamento dos trabalhadores e das tarefas, sob direção médica. O ideal de cura é perseguido pelos profissionais que se ocupam das doenças, e o hospital se configura como local de práticas de cuidado para os doentes.

Em relação à doença mental, é contemporânea, desse momento, a conotação da loucura como propriedade privada do saber médico e da tecnologia asilar como a proposta possível de cura para os loucos dentro de uma sociedade que busca, veementemente, a higiene social, além da higiene física.

A enfermagem moderna, que começa a se profissionalizar, participa ativamente de todo esse processo, tendo como papel principal a organização interna do espaço hospital-asilar e tratamento moral como principal proposta terapêutica. (OLIVEIRA; ALESSI, 2003)

O conhecimento médico clínico tem sua gênese no final do século XVIII, no mesmo movimento social de transformação do hospital enquanto local de cura, mas é no século XIX, na Inglaterra – para possibilitar essa transformação, ou seja, tomar o corpo doente enquanto objeto de trabalho médico, higienizar e disciplinar o espaço hospital – que surge a enfermagem enquanto uma prática que possibilite este projeto de recuperação individual. A enfermagem se institucionaliza neste momento do nascimento da clínica, juntamente com a transformação do hospital em instrumento de cura. (BARRETO, 1999)

Nesse modelo clínico de saúde, a enfermagem é parte do trabalho médico; sua ação é um instrumento que cuidará ou fará cuidar do corpo doente. Além da ação de cuidar no modelo clínico, outro tipo de atividade, também resultante do processo histórico e social, é o de administrar, realizado pela enfermeira. (BARRETO, 1999)

Com o exposto, postula-se que a construção do cuidado da enfermagem ao louco se configurou no espaço asilar, atrelada à prescrição de cuidados orientada pelo médico. Barros (2000) informa que a primeira sistematização do ensino da enfermagem brasileira foi na área da psiquiatria, atendendo à necessidade de qualificação da mão-de-obra para o trabalho no asilo, com ênfase no confinamento e na vigilância.

Entretanto, as péssimas condições dos campos de prática desses espaços de formação fizeram com que nem todos os profissionais em formação vivenciassem essa experiência. Nesse processo, Barros (2000) ainda pontua a influência dos tratamentos somáticos e dos métodos psicoterápicos influenciando a formação dos enfermeiros.

O Movimento da Reforma Psiquiátrica, iniciado no Brasil na década de 80, traz à tona a necessidade de reforma do ensino e do cuidado de Enfermagem ao portador de sofrimento mental. Segundo Jorge e colaboradores (2003) a reestruturação da assistência psiquiátrica exige um novo perfil dos trabalhadores dessa área, uma vez que novas formas de atuação se fazem necessárias.

Segundo Barros (2000, p. 78) as transformações necessárias no ensino e na prática da enfermagem em Saúde Mental (SM) avançarão se os conhecimentos produzidos nesta área incorporarem estratégias de acolhida e continência que considerem, em todos os momentos, o exercício da cidadania ativa dos portadores de transtornos mentais.

Nesse sentido, toda prática em saúde que centra seus objetivos e ações no sujeito em sofrimento e contempla os princípios básicos do sistema de saúde brasileiro, o Sistema Único de Saúde (SUS) – universalidade, equidade e integralidade – apresenta grande potencial de obter importantes avanços.

Assim, corroboro com Barros (2000) quando afirma que a formação dos profissionais de enfermagem ao incorporar as transformações propostas pela atenção dentro do modelo psicossocial, contribuirá para a reorientação da assistência psiquiátrica ou da saúde mental, pois formará sujeitos em transformação, em um campo de prática também em transformação.

A ENFERMAGEM NOS CAMPOS DE PRÁTICA DA RESIDÊNCIA

Tomando a atuação da enfermagem nos serviços substitutivos, nessa modalidade de formação multidisciplinar que se propõe interdisciplinar, orientada pela Clínica Psicossocial, é importante inicialmente caracterizar e contextualizar o trabalho da enfermagem nos quatro campos onde as práticas da Residência ocorreram e que contemplaram experiências de cuidado a adultos portadores de sofrimentos psíquicos, usuários/ dependentes de álcool e outras drogas e crianças e adolescentes com transtornos mentais.

De forma geral, todos os CAPS possuíam equipes de enfermagem compostas por enfermeiras, auxiliares e/ou técnicos em enfermagem.

O quantitativo de profissionais, geralmente era definido pelos coordenadores dos centros, que se constituem a instância da Secretaria de Saúde, responsável por coordenar a seleção e encaminhar os trabalhadores aos serviços. Contudo, percebe-se que o número desses profissionais, até o presente momento, é considerado insuficiente para atender às demandas territoriais e internas dos serviços.

No SUS é incipiente a implantação/implementação da Política de Gestão do Trabalho e da Educação em Saúde. Adicionado a isso, e dentro da proposta de Atenção Psicossocial nos serviços substitutivos, inexistente uma política para provisão dos profissionais de enfermagem, bem como do dimensionamento dessa equipe – de forma vinculada a estratégias de desenvolvimento desses trabalhadores que contemple um quadro quantitativo e qualitativo de profissionais de enfermagem adequado para um bom funcionamento das unidades de saúde.

Considerando a complexidade da assistência a ser prestada e o número de indivíduos que serão assistidos, de acordo com uma rotina de atividades planejadas e programadas, cabe ressaltar a relevância de vínculos empregatícios menos precários e mais estáveis desses trabalhadores da enfermagem. Em apenas um dos quatro serviços, havia uma enfermeira concursada. Em sua maioria, os trabalhadores desses centros são contratados via Regime Especial de Direito Administrativo (REDA), tendo o município recentemente selecionado diversos profissionais que estão sendo inseridos nas equipes, inclusive de enfermagem, na tentativa de temporariamente cobrir a deficiência que a rede apresenta, todavia trata-se de uma estratégia transitória e insuficiente. Considerando a relevância do vínculo terapêutico na atenção em saúde mental, elucida-se todo malefício gerado com a ausência de uma proposta mais sólida para despreciação dos vínculos de trabalho e desenvolvimento desses profissionais.

Em saúde mental, particularmente em abordagens clínicas específicas como na clínica infantil, a experiência profissional com o trabalho possui significativa relevância para o desenvolvimento das ações de atenção aos usuários dos serviços substitutivos. Porém, nos CAPS onde os

residentes desenvolveram as práticas, muitos trabalhadores possuíam acúmulo de experiência na assistência hospitalar/psiquiátrica e outros desenvolveram ou estavam desenvolvendo habilidades a partir do cotidiano no serviço.

Além da vinculação de profissionais experientes e com um fazer congruente às propostas da saúde mental, a promoção de espaços para a qualificação desses trabalhadores, na perspectiva da educação permanente, além do desejo, a sensibilidade e a disponibilidade para atuar nesse campo, constituem elementos objetivos e subjetivos relevantes para organização dos processos de trabalho e constituição desses sujeitos.

Em relação à rotina de atividades das equipes de enfermagem, observou-se a realização de diversas ações, a saber: a administração de medicamentos para os usuários que necessitavam do uso assistido pelos profissionais do CAPS, no próprio serviço e em suas residências; a coordenação e cocoordenação de oficina; participação em feiras na comunidade; acompanhamento individualizado como técnico de referência de usuário; realização de visita domiciliar; participação em reuniões técnicas; acompanhamento em consultas e atendimentos médicos dentro do CAPS e em outras unidades de saúde do território; acolhimento das pessoas que buscam o serviço pela primeira vez, dentre outras.

Mesmo com um vasto repertório de ações envolvendo os profissionais de enfermagem nos CAPS, foi observado encantamento e estranhamento ao objeto “psi”, elemento subjetivo e ferramenta do trabalho em saúde mental, que, dentre outros aspectos, fizeram com que esses profissionais, em alguns serviços, se rendessem à falta de apropriação a este elemento e não encontrassem um fazer dentro da clínica psicossocial.

Em outros serviços, entretanto as equipes de enfermagem optaram por dialogar com esse estranho objeto de trabalho, absorveram alguns dos seus elementos em sua prática profissional sem perder os princípios do seu núcleo que são fundamentais para nortear as práticas da enfermagem na saúde mental. De acordo com Fernandes citado por Barros (2000, p. 74) o desenvolvimento da psicanálise e de novas correntes

psicológicas, a partir da década de 50, passou a influenciar alguns programas de ensino de enfermagem, apontando para uma valorização dos aspectos psicológicos do comportamento humano.

Observa-se uma fragilidade nas tentativas de aproximação com o ensino do subjetivo na formação do profissional de enfermagem, contudo deve-se continuar investindo na participação em grupos de estudos, tendo as linhas teóricas da psicologia como temática e o trabalho em psicoterapia em qualquer abordagem (psicanálise, gestalt-terapia, bioenergética, biossíntese, etc.), como essenciais para o trabalho em saúde mental.

As ações de cuidado na saúde possuem como objetivo central o usuário/ sujeito em sofrimento. Para a enfermagem, esse foco deve ser sempre lembrado, principalmente se considerarmos o cuidado como elemento principal do trabalho dessa profissão. Segundo Lopes citado por Colvero e Machado (2000, p. 68)

[...] a ação do cuidar é interdependente e se constrói no cotidiano das atividades de enfermagem, em sua dimensão objetiva (categorias, procedimentos técnicos, comunicação) na subjetividade de quem cuida (racionalidade, intencionalidade) e do ser cuidado (o usuário).

Esses autores ainda postulam que o cuidado físico e cuidado subjetivo são como duas facetas da prática profissional de enfermagem, porém a ênfase dada ao tecnicismo ensinado na formação desta profissão permite que seja realizado um cuidado incompleto, reduzido, apagando um corpo com outros sentidos não objetivos. É necessário, no entanto, um reencontro entre estes dois importantes elementos dentro do ensino e prática da enfermagem, principalmente se lembrarmos que o espaço de trabalho da saúde mental é um campo diverso para ações e inovações.

Nesse sentido, são viáveis inúmeras possibilidades de intervenção pela enfermagem, principalmente, se considerarmos todo o acúmulo

de conhecimentos adquiridos por essa profissão que, como já dito anteriormente, é bastante antiga. Vem-se tentando fortalecer esse núcleo, dentro de uma prática que ganha força com todo o movimento da Reforma Psiquiátrica, que por sua vez, conta com diversos profissionais da saúde, seguramente os de enfermagem também, como idealizadores e militantes de uma proposta de atenção digna e humanizada para os portadores de sofrimento mental.

Nesta perspectiva, cabe utilizar conhecimentos específicos da profissão, ou seja, próprios da enfermagem nos diversos campos e linhas de cuidado: saúde coletiva; atenção à saúde da mulher; atenção à saúde da criança; dentre outros saberes que completam a formação do profissional de enfermagem.

Jorge e colaboradores (2003) apresentando as tendências e necessidades do perfil e da postura profissional na saúde mental, identificam o cuidador, papel socialmente ligado à figura do técnico em enfermagem, mas que pode ser desempenhado por qualquer profissional da atenção à saúde. Esse profissional é responsável pela assistência diária em saúde mental, no processo de reestruturação da assistência, desempenha uma função de elo/mediação entre sujeito-família, sujeito-serviço de saúde e sujeito-comunidade.

Os instrumentos de trabalho do cuidador em saúde mental ao espectro de possibilidades de ações da Enfermagem que vem se constituindo; contudo, ainda é necessário apostar e comprar o desafio de fortalecer a enfermagem na atenção psicossocial, contando com a força de profissionais cada vez mais sensíveis, disponíveis, flexíveis e comprometidos com uma proposta de atenção à saúde centrada no portador de transtorno mental.

ALGUMAS CONSIDERAÇÕES

A função peculiar da enfermagem é prestar assistência ao indivíduo sadio ou doente, família ou comunidade, no desempenho de atividades para promover, manter ou recuperar a saúde. Mas, até mesmo definir conceitualmente o que é a enfermagem, não tendo por fundamentação teórica as práticas consideradas socialmente, é limitante; pois não traz a sua historicidade, perdendo-se a noção de movimento do real. A enfermagem enquanto trabalho é uma prática social e histórica. (ALMEIDA; ROCHA, 1997)

Com o exposto, percebe-se que houve todo um movimento de ações da enfermagem frente à figura do louco e da loucura nos diferentes momentos da história, considerando que a institucionalização dos saberes e sua organização em práticas se dão mediante a conformação de núcleos e de campos.

Importante salientar o conceito de núcleo como uma aglutinação de conhecimentos e como a conformação de um determinado padrão concreto de compromisso com a produção de valores de uso. O núcleo demarca a identidade de uma área de saber e de prática profissional; e o campo, um espaço de limites imprecisos onde cada disciplina e profissão busca apoio para cumprir suas tarefas teóricas e práticas. (CAMPOS, 2000)

Nesse sentido, enquanto núcleo, a enfermagem já se constituiu como uma profissão do cuidado, contudo dentro do campo da saúde mental, atrelada à atenção psicossocial, faz-se necessário um fortalecimento técnico das equipes de enfermagem na perspectiva do desenvolvimento de uma clínica ampliada. O investimento em formação dentro do campo da saúde mental, como a residência multiprofissional, por exemplo, constitui um instrumento relevante para a construção de práticas profissionais consoantes aos princípios da Reforma Psiquiátrica.

Sobre os paradigmas da enfermagem em saúde mental, Jorge e Silva (2000) acreditam que a profissão deva se instrumentalizar com os

recursos da tecnologia, sem perder de vista a dimensão subjetiva do sujeito que é cuidado, o imaginário, a cultura, o despertar da sensibilidade, do desejo e da solidariedade com o ser humano.

Após tantos encontros e desencontros da enfermagem com a loucura, é chegada a hora de um reencontro, que considere e faça valer a nova proposta de atenção ao portador de transtorno mental, inaugurada a partir do movimento da Reforma Psiquiátrica, ainda em processo de consolidação.

Referências

ALMEIDA, M. C.; ROCHA, S. M. Considerações sobre a enfermagem enquanto trabalho. In: ALMEIDA, M. C.; ROCHA, S. M. (Org.). *O trabalho de enfermagem*. São Paulo: Cortez, 1997.

AMARANTE, P. D. Das psiquiatrias reformadas às rupturas com a psiquiatria. In: AMARANTE, P. D. *Saúde Mental e Atenção Psicossocial*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2007.

BARRETO, F. P. *Reforma psiquiátrica e movimento lacaniano*. Belo Horizonte: Itatiaia, 1999.

BARROS, S. Ensino da Enfermagem psiquiátrica e reabilitação psicossocial. In: JORGE, M. S.; SILVA, W. V. (Org.). *Saúde mental: da prática psiquiátrica asilar ao terceiro milênio*. São Paulo: Lemos, 2000.

CASTEL, R. *A ordem psiquiátrica: a idade de ouro do alienismo*. Rio de Janeiro: Graal, 1978.

CAMPOS, G. W. Saúde pública e saúde coletiva: campo e núcleo de saberes e práticas. *Ciê. Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 5, n. 2, p. 219-230, 2000. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csc/v5n2/7093.pdf>>. Acesso em: 2 mar. 2014.

COLVERO, L.; MACHADO, A. L. Cuidado da enfermagem em saúde mental: desafio da modernidade. In: JORGE, M. S.; SILVA, W. V. (Org.). *Saúde mental: da prática psiquiátrica asilar ao terceiro milênio*. São Paulo: Lemos, 2000.

FOUCAULT, M. *História da loucura: na Idade Clássica*. São Paulo: Perspectiva, 2008.

JORGE, M. A. et al. *Textos de apoio em Saúde Mental*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2003. (Série Trabalho e Formação em Saúde)

JORGE, M. S.; SILVA, W. V. (Org.). *Saúde mental: da prática psiquiátrica asilar ao terceiro milênio*. São Paulo: Lemos, 2000.

OLIVEIRA, A. G.; ALESSI, N. P. O trabalho de enfermagem em saúde mental: contradições e potencialidades atuais. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*, Ribeirão Preto, v. 11, n. 3, maio/jun., 2003. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rlae/v11n3/16543.pdf>>. Acesso em: 2 mar. 2014.

SILVA, G. B. da. *Enfermagem profissional: análise crítica*. São Paulo: Cortez, 1986.

TENÓRIO, F. A reforma psiquiátrica brasileira, da década de 1980 aos dias atuais: história e conceitos. *História, Ciências, Saúde*, Manguinhos, v. 9, n. 1, p. 25-59, jan./abr., 2002. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/hcsm/v9n1/a03v9n1.pdf>>. Acesso em: 2 mar. 2014.

A práxis do Projeto Terapêutico Singular e Integral:

um convite para o direcionamento e a ampliação da clínica em saúde mental

*Adelly Rosa Orselli Moraes
Suely Galvão Barreto*

Há de se estar muito vivo e em contato com aquilo que – no outro – nos desestabiliza e interroga. Há de se manter aberto a todas as perguntas. Há de se interrogar a clínica e a saúde coletiva em geral e a que fazemos; há de se poder sonhar amanhã, às oito horas da manhã, que faremos diferente, uma possibilidade, uma aposta em aberto.

(ONOCKO CAMPOS; CAMPOS, 2006, p. 686)

INTRODUÇÃO

No viés da práxis, o fazer é constantemente reflexivo e crítico, no sentido da (re)construção do saber-fazer. Pensando no contexto atual das Reformas Psiquiátricas, é mister que as experimentações tecnológicas marquem a releitura de modelos de intervenção, como também a “descoberta” de inovadoras formas de cuidado. Essas propostas, fundamen-

tadas em variados campos do conhecimento e linhas teóricas, por meio da tentativa complexa de costura desses saberes, buscam sustentar o paradigma de uma clínica na Saúde Mental que seja efetivamente ampliada e cuidador.

É corroborando com a ideia da práxis, que esse texto lança um convite aos leitores para refletirem sobre um dos dispositivos clínicos fundamentais para a organização dos processos de trabalho em saúde e para o delineamento e a prática da Clínica Ampliada – o Projeto Terapêutico Singular (PTS).¹

Para tanto, propomos a problematização construtiva acerca das configurações epistemológicas e práticas, ou seja, dos elementos e formas de pensar, construir e operacionalizar um PTS, a partir da literatura e da vivência enquanto residente, durante o período de dois anos, em três Centros de Atenção Psicossocial – CAPS, da cidade de Salvador.

Apesar das experiências nesses espaços terem sido essencialmente particulares – pelo tipo de clientela, perspectiva clínica, momento político, etc. – foi possível encontrar alguns pontos em comum como, por exemplo, a prevalência de práticas institucionalizadas. Mesmo se tratando de serviços que pretendem ser substitutivos, cuja lógica de cuidado deve ser prioritariamente territorial, com poucas exceções, as ações no território de existência dos usuários são pouco priorizadas, restringindo as ofertas de atenção aos muros da instituição.

Tal limitação clínica pode ser compreendida, através das mais variadas justificativas, tanto as de natureza político-administrativa, teórico-conceitual, quanto técnico-assistencial, sociocultural e, até mesmo, de cunho pessoal. Sabemos que desconstruir o modelo de atenção que reduz os sujeitos a objetos, à sua doença, e construir uma clínica pautada

1 Na Saúde Mental, o termo Projeto Terapêutico Individual (PTI) é mais utilizado, no entanto nesse artigo foi adotado o termo Singular, em acordo com Cunha (2005), que destaca que esta expressão ratifica a ideia de que um PTS deve englobar, não só os indivíduos, mas também seus grupos, além de demarcar a singularidade – diferença entre os sujeitos – como elemento central da proposta do cuidado.

na compreensão de sujeitos enquanto seres complexos – portanto com necessidades também complexas – e cidadãos de direitos, não é fácil. É necessário disposição e disponibilidade. Podemos convir, no entanto, que muito já avançamos na forma de compreender os sujeitos em sofrimento mental e em propostas e tecnologias de cuidado, mas ainda há muito o que enfrentar, desconstruir, inventar, experimentar e construir – sem perder de vista, é claro, o fazer ético!

Por esse motivo, a constatação do predomínio de ações institucionalizadas mobilizou o interesse em compreender como o arcabouço teórico-prático da Clínica Ampliada – o qual fundamenta a Atenção Psicossocial – concebe o Projeto Terapêutico Singular. Impulsionou, também, uma série de questões: Será que, na prática dos serviços, campo da Residência, esse dispositivo realmente existe? De que forma? Como é concebido e operacionalizado? O que a equipe considera no PTS? Será que há articulação entre teoria e prática? Será que o PTS, na forma que vem sendo utilizado, tem algum sentido para a vida dos usuários? Talvez, toda essa gama de inquietações não seja respondida nessas linhas, mas é possível que ela possa ressoar nos leitores e disparar processos práticos. O que, por si só, já será relevante.

DELINEAMENTO METODOLÓGICO

Os cenários de práticas que impulsionaram essas linhas – um CAPSad, um CAPSia e um CAPS II – foram vivenciados de maneira muito peculiar pois, atuando enquanto residente – já com certa formação e alguma experiência em saúde mental – vivi, ao mesmo tempo, os papéis de aprendiz, profissional e analista institucional, numa dinâmica rica de trocas e aprendizagens.

No cotidiano de minuciosas observações e intensas participações, registrei em cadernos pessoais os diálogos com colegas e usuários, reuniões técnicas e de preceptoria, discussão de casos, enfim, tudo o que

vivia, via e ouvia, com o intuito de compreender qual era o principal fio condutor dos processos terapêuticos. Sempre recorria às leituras de prontuários em busca de reconhecer, em cada serviço, de que forma era configurado o PTS.

Além disso, as discussões formais e informais com os técnicos dos CAPS ajudaram a esclarecer sobre a maneira pela qual enxergavam o PTS e de como este era realizado na prática clínica. Outras estratégias fundamentais para a compreensão foram a escuta e os diálogos com os usuários e seus familiares sobre o que demandavam e achavam de seu tratamento.

Nessa caminhada para desvendar o PTS, surgiu a necessidade de aproximação com os arranjos teóricos e constitutivos que sustentam as proposições desse dispositivo terapêutico. Sendo assim, deu-se início a um levantamento bibliográfico e a busca por propostas de sistematização do PTS, que auxiliassem nas reflexões sobre o vivenciado nos serviços. À medida que essas leituras e descobertas foram acontecendo, a necessidade e a relevância de se abrir o debate sobre esse tema, no nosso contexto, foi também se reforçando.

Nesse sentido, esse texto buscará fazer um diálogo entre as conjecturas e propostas teóricas encontradas em diversos textos e documentos e as concepções práticas do PTS observadas, vivenciadas e colhidas no cotidiano dos serviços, pois parte-se do pressuposto de que não há teoria que se sustente sem a prática, do mesmo modo que não há prática que se sustente sem teoria.

O PTS E SEU DESENHO EPISTEMOLÓGICO

Os movimentos de Reforma Sanitária e de Reforma Psiquiátrica, impulsionados nos idos da década de 1980, mobilizaram processos de transformação e de reconstrução de um novo paradigma, ampliado,

acerca da compreensão de sujeito, de saúde e de assistência/cuidado. (TENÓRIO, 2002)

O sujeito, antes compreendido como um objeto, eminentemente biológico, fragmentado, entendido como “paciente”, pela maneira bancária² como lhe são imputadas práticas prescritivas e restritivas de saúde, passa a ser visto como um sujeito – psíquico e cidadão –, ao mesmo tempo protagonista e coautor de sua história de vida, sendo

[...] produzido enquanto Ser complexo, portador de uma subjetividade complexa, mergulhado em um conjunto de relações sociais que alteram seus desejos, seus interesses. Ao mesmo tempo em que está imerso na história e na sociedade, contextualizado, apresenta alguma capacidade de autonomia e possibilidades de reação, uma potência e uma resistência. (CAMPOS apud OLIVEIRA, 2008a, p. 41-2)

Nessa mesma direção – da complexidade, da singularidade e do potencial de vida –, também se instaura uma nova concepção de saúde, a qual considera os múltiplos fatores determinantes – renda, habitação, educação, lazer, relações, etc. (WESTPHAL, 2006) Essa compreensão de saúde pretende ir além do enfoque nos componentes biológicos – que a reduzem como mero estado de ausência de doença –, como também do estado inatingível de completo bem-estar, vislumbrado atualmente no conceito da Organização Mundial de Saúde – OMS. Propõe-se a saúde enquanto um direito, produzido socialmente. Por essa ótica ampliada, a saúde pode ser entendida como sinônimo de autonomia, ou seja, como a capacidade do sujeito de refletir sobre si e o mundo, agir sobre seu contexto e interferir em suas redes de dependências, de modo a firmar compromissos e pactuações com outros atores, criando possibilidades

2 Termo proposto por Freire (1987), que se refere à “imposição da opção de uma consciência a outra”, onde, no caso, o paciente é o “oprimido”, a-sujeitado ao saber-poder do conhecimento bio-médico, científico e especializado.

de bem-estar e contextos de vida mais democráticos. (ONOCKO CAMPOS; CAMPOS, 2006; MERHY, 2007)

A proposição de novos paradigmas acerca do sujeito e da saúde vem também promovendo ressonâncias nos modos de se pensar a produção do cuidado, de forma a buscar a substituição de uma assistência pautada em modelos médicos-hegemônicos, reducionistas, centrados na doença e em procedimentos voltados, simplesmente, para a remissão de sintomas, para, como aponta Merhy (2007, p. 143), modelos que buscam dar conta das necessidades complexas de saúde, que sejam efetivamente cuidadores e “comprometidos com a defesa da vida dos usuários”.

No campo da saúde mental, as inovações trazidas pelo paradigma da desinstitucionalização, força motriz da Reforma Psiquiátrica, almejam transformações radicais na cultura do cuidado, onde

[Por meio da desinstitucionalização] concretamente se transformam os modos nos quais as pessoas são tratadas (ou não tratadas) para transformar o seu sofrimento, porque a terapia não é mais entendida como perseguição da solução-cura, mas como um conjunto complexo, e também cotidiano elementar de estratégias indiretas e mediatas que enfrentam o problema em questão através de um percurso crítico sobre os modos de ser do próprio tratamento. (ROTELLI, 2001, p. 29)

Esse percurso crítico, para Rotelli (2001, p. 30), se coloca como uma renúncia aos modos de operar a clínica que acreditam e perseguem soluções científicas e racionais para os problemas existências, como o restabelecimento pleno da normalidade. A ênfase na doença e na pesquisa dos fenômenos causais e seus efeitos, dá lugar “à reconstrução de uma concatenação possibilidade-probabilidade”, cujo foco não é a cura, mas a emancipação dos sujeitos. Nesse sentido,

Diferentemente de um percurso linear de execução de objetivos, trata-se de operar com a perspectiva de ‘processo social

complexo': processo singular, conflitivo, contextualizado, multidimensional, em aberto, em diálogo com a realidade na qual se age, que implica os diversos participantes como protagonistas e atores da transformação. (NICÁCIO; CAMPOS, 2004, p. 72)

É pelo ideal dessa clínica, por direito ampliada, que a Reforma Psiquiátrica se direciona à luz de “um olhar que contemple o cuidado com o sujeito em sua “existência-sofrimento” (ALVES; GULJOR, 2006, p. 227), reivindica e propõe uma nova relação com a demanda, problematizando o cotidiano institucional e propondo a produção de práticas inovadoras de atenção, a partir de um saber-fazer com os usuários, na intenção da (re) construção de sentidos de vida, da produção de autonomia e *empowerment*.³

Sendo assim, diversas tecnologias de cuidado e gestão do trabalho em Saúde Mental vêm sendo pensadas e experienciadas. No início da Reforma Psiquiátrica Antimanicomial, impulsionada pelas lutas por uma assistência digna à pessoa com sofrimento mental, desponta em Santos, no ano de 1990, a proposta do Projeto Terapêutico como um potente dispositivo para redimensionar as práticas no sentido de um processo terapêutico, enquanto cuidado singularizado, cujo norte pretende ser a emancipação dos sujeitos. (OLIVEIRA, 2008b)

O Projeto Terapêutico Singular (PTS), hoje, conforme Carvalho (apud OLIVEIRA, 2008a), é bastante discutido, no campo da Saúde Coletiva brasileira, como um recurso analisador e organizador do processo de trabalho, da gestão e da clínica, investido principalmente nas práticas da Atenção Básica. É, também, considerado ferramenta chave da Política Nacional de Humanização – PNH (BRASIL, 2007) para o alcance da integralidade e a Produção de Saúde.

3 Considerando os dois sentidos de *empowerment* discutidos por Carvalho (2004), tanto o individual – da experiência pessoal de cada um, por meio do estímulo às (re)significações subjetivas e do fortalecimento de sentimentos positivos de autoestima e autoconfiança –, quanto o comunitário – do desenvolvimento da consciência crítica, da ampliação de uma participação social cidadã e da instrumentalização para a intervenção sobre a realidade.

Para Franco (2007, p. 179), o PTS é “um conjunto de atos assistenciais pensados para resolver um problema de saúde. [...] São estruturados para produzir o cuidado ao usuário”. Oliveira (2008b, p. 285) complementa dizendo que

O PTS é um movimento de co-produção e de co-gestão do processo terapêutico de indivíduos ou coletivos, em situação de vulnerabilidade. [...] Implica colocar no foco as possibilidades políticas, sociais e individuais expressas pelas pessoas e pelos coletivos [...]. Deve implicar, necessariamente, a consideração dos contextos singulares dos indivíduos e coletivos envolvidos. A singularidade é a razão de ser do projeto terapêutico, é o *lócus* onde [...] é determinada a ação de saúde oferecida para alcançar o objetivo de produzir saúde.

Notem que essa ideia ampliada de PTS tem como foco e campo de intervenção o território existencial dos sujeitos, atentando que é lá onde se encontram os problemas, mas também as soluções. Sendo assim, propõe ações de cuidado complexas capazes de dar conta das, também complexas, necessidades de saúde de cada usuário, que deve ser ator protagonista em seu processos terapêutico.

No entanto, olhando do ponto de vista do usuário, Merhy (2007, p. 120) afirma categoricamente que “o conjunto de serviços de saúde, públicos ou privados, com raras exceções, não são adequados para resolverem os seus problemas de saúde, no plano tanto individual, quanto coletivo.” Diz ainda que, para os usuários, tal dificuldade decorre da falta de interesse e responsabilização dos serviços frente à complexidade dos seus problemas.

Considerando tal percepção, esse autor aponta, ainda, para a configuração de uma “crise tecnológica e assistencial” (MERHY, 2007, p. 121), à medida em que os atos de saúde não alcançam o seu objetivo máximo de serem capazes de se comprometer com a defesa radical da vida e de intervir no emaranhado dos problemas de saúde, deixando assim de

produzirem o resultado primordial: a satisfação das necessidades e direitos dos usuários. Completa, alertando que os atos de saúde nem sempre são efetivamente produtores de saúde visto que, se o processo de produção do ato for procedimento-centrado ou profissional-centrado, ao invés de usuário-centrado, não impactará em “ganhos dos graus de autonomia no modo do usuário andar na sua vida.” (MERHY, 2007, p. 122)

Em síntese, o ato produtor de saúde é o ato de cuidar. Boff (2008, p. 96) lembra que “cuidar é entrar em sintonia com, auscultar-lhes o ritmo e afinar-se com ele.” Nesse sentido, a dimensão do interesse e da responsabilidade tem relação direta com o conceito de cuidado, sendo este um modo de relação de alteridade, que implica acolhimento, atenção, respeito, envolvimento com o outro e bom trato. “A relação não é de domínio sobre, mas de con-vivência. Não é pura intervenção, mas inter-ação e comunhão.” (BOFF, 2008, p. 95)

O cuidado somente surge quando a existência de alguém tem importância para mim. Passo então a dedicar-me a ele; disponho-me a participar de seu destino, de suas buscas, de seus sofrimentos e de seus sucessos, enfim, de sua vida. [...] Estamos diante de uma atitude fundamental, de um modo de ser mediante o qual a pessoa sai de si e centra-se no outro com desvelo e solicitude. (BOFF, 2008, p. 91)

Para Rotelli (2001, p. 33), o trabalho terapêutico com as pessoas que estão em sofrimento precisa voltar-se para a reconstituição dos sujeitos, e o cuidado é uma das ferramentas mais potentes para tal.

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 este sofrimento.

Diante desse novo paradigma de cuidado, fundamentado no vínculo, na responsabilização e na mediação das relações do sujeito com o mundo, me interrogo se na saúde mental, em nossas práticas, estamos operando realmente nessa perspectiva. Será que fazemos a clínica do caso a caso, singular, ampliada? Será que conhecemos e consideramos as reais questões de vida de cada sujeito? Será que estamos atuando no modo usuário-centrado, produzindo atos efetivamente de saúde, potencializadores de autonomia? Para refletirmos sobre tais questões, sugiro fazermos uma análise dos modos de fazermos a clínica, a partir da concepção do PTS.

Percebam que há correlação entre os conceitos de Merhy (2007), sobre ato produtor de saúde, de Boff (2008) e de Rotelli (2001) sobre o cuidado e as teorias sobre o PTS. Podemos concluir, então, que o PTS é um dispositivo tecnológico, ato cuidador e produtor de saúde, que se propõe a centrar-se na integralidade de vida dos sujeitos com o objetivo de produzir transformações.

Na prática de alguns CAPS – e em outros tantos –, percebe-se, no entanto, que o Projeto Terapêutico Singular dos usuários se apresenta de forma reduzida e simplificada. Existe, ampliado, para alguns técnicos, apenas no plano das ideias. Para outros, materializado em ações fragmentadas e, muitas vezes, solitárias – do ponto de vista do compartilhamento e da co-responsabilização.

Nos prontuários, o PTS existe representado na forma de uma agenda/grade de atividades – de acordo com as ofertas de cada serviço – onde os usuários são encaixados. Entre os profissionais é comum falar em “refazer o PTT” (sic) e isso significa nada mais do que reformular os dias de permanência do usuário no serviço, reencaminhando-o ou desligando-o de alguma atividade grupal ou atendimento individual.

Nos CAPS são oferecidos atendimentos individuais, sendo que, em alguns serviços, esses atendimentos são exclusivos do médico, do psicólogo e de poucos assistentes sociais. Em outros, com exceção do

atendimento médico, acontecem raramente, apenas em casos considerados muito graves.

Além disso, as atividades terapêuticas, como grupos, oficinas e ações de inclusão social, são pensadas pela lógica da oferta – seja do serviço, ou do técnico – e não pela lógica da demanda/necessidade do usuário – naquele determinado momento do seu processo terapêutico. Geralmente, por serem destituídas de sentido para os usuários, produzem pouco efeito terapêutico, e até a falta de interesse e a não “aderência” à proposta.

Diante desse fato, podemos convir que o PTS tem se restringido à ideia de enquadrar os usuários nas atividades institucionais, de maneira prescritiva e padronizada, onde os usuários se encaixam – ou não –, de acordo com o cardápio de ofertas dos serviços. Quanto a isso, Oliveira (2008a, p. 38) enfatiza que

[...] Todo procedimento, técnico ou não técnico, de ‘encaixar’ uma certa demanda em uma dada oferta preconcebida (formulada antes do contato com a demanda ou em função de uma série histórica de demandas estudadas) consiste em um processo de enquadramento, que sempre é, em algum grau, uma prática prescritiva e, conseqüentemente autoritária.

Para Oliveira (2008b, p. 36) o PTS é muito mais do que um elenco de procedimentos, do que uma grade de atividades organizadas. O autor traz a ideia de que o PTS deve ser operado sob a lógica da “projetualidade, ou seja, a capacidade de pensar e criar novas realidades, novos possíveis.”

Diante dessa tendência, é importante no PTS uma certa crença de que a pessoa tem grande poder de mudar a sua relação com a vida e com a própria doença. A herança das revoluções na Saúde Mental (Reforma Psiquiátrica), experimentando a proposta de que o Sujeito é construção permanente e que pode produzir ‘margens de manobra’, deve ser incorporada na Clínica Ampliada e no PTS. À equipe cabe exercitar uma abertura para o imprevisível e para

o novo e lidar com a possível ansiedade que essa proposta traz. Nas situações em que só se enxergava certezas, podem-se ver possibilidades. Nas situações em que se enxergava apenas igualdades, podem-se encontrar, a partir dos esforços do PTS, grandes diferenças. Nas situações em que se imaginava haver pouco o que fazer, pode-se encontrar muito trabalho. As possibilidades descortinadas por este tipo de abordagem têm que ser trabalhadas cuidadosamente pela equipe para evitar atropelamentos. O caminho do usuário ou do coletivo é somente dele, e é ele que dirá se e quando quer ir, negociando ou rejeitando as ofertas da equipe de saúde. (BRASIL, 2007, p. 45-6)

E como operacionalizar esse projeto ampliado se ainda estamos presos aos muros institucionais, distante das realidades existenciais dos sujeitos?

Nos CAPS em foco, observa-se que, além de uma tabela – intitulada Projeto Terapêutico Individual – contendo os dias e horários de atendimentos e atividades dos usuários, não há nos prontuários nenhuma sistematização, na forma de um Projeto, que comunique de maneira clara e objetiva as necessidades, as demandas, nem tampouco as potencialidades dos sujeitos e seus contextos de vida, como também os objetivos de tratamento direcionadores do cuidado e da organização do trabalho da equipe. Quando há alguma menção desses elementos, está diluída nos registros diários dos atendimentos ou, às vezes, nas discussões de casos. Não há uma metodologia clínica para conhecer as necessidades, nem tampouco para planejar e dar conta dos problemas, os quais são cuidados, na maioria dos casos, à medida que já estão instalados. Dessa forma, os profissionais, em boa parte, atuam como bombeiros ao apagar um incêndio e não como promotores de saúde.

Por outro lado, alguns profissionais têm um entendimento ampliado acerca do PTS, compreendendo que ele deve ser pensado enquanto um projeto de vida, onde a grade de atividades é apenas um dos recursos dentre os muitos que os serviços devem oferecer e acessar. Apesar disso,

têm consciência da dificuldade em concretizar essa proposta de cuidado, conforme relata um profissional.

O Projeto Terapêutico, que deveria ser um projeto de vida, fica só na inclusão dos usuários nas atividades internas. Esse projeto deveria ser ampliado, a gente não consegue pensar em um projeto de vida. A gente tinha pensado em chamar [o PTS] de grade de atividades [...], porque é uma coisa que não amplia. Projeto Terapêutico pra mim é projeto de vida, mas eu não sei o que acontece na dinâmica do CAPS que a gente se perde. Não conseguimos refazer o Projeto. Ele [usuário] muda de modalidade e nós só mexemos naquele quadro [de atividades]. Aquela mesma grade que prende o usuário ali e prende a gente também. A gente não consegue colocar em prática um Projeto Terapêutico. Se a gente enquanto técnico não consegue sair desse quadrado, imagine o usuário. Isso retrata aquilo que a gente está vivendo: o ir para fora é difícil!

Diante dessa problemática, alguns técnicos buscam parceiros e alternativas para transcender as dificuldades multifatoriais que engessam o fazer clínico, avançando exitosamente na produção de projetos e atos cuidadores, e na promoção da emancipação dos sujeitos.

Entretanto, apesar dos significativos enfrentamentos e conquistas terapêuticas, percebe-se que na realidade de muitos serviços substitutivos, os novos paradigmas e práticas coexistem com as arcaicas formas de assistência à saúde mental. Sob influências, ainda, hegemônicas – diria eu como uma força gravitacional –, mantêm-se as concepções reduzidas acerca do sofrimento mental, implicando em práticas institucionalizadas e fragmentadas de cuidado.

Essa fala revela também que o Projeto Terapêutico, em alguns serviços de Saúde Mental, não se configura como um dispositivo singular e integral. Remete à dificuldade dos profissionais no gerenciamento da clínica e de seus processos de trabalho e, por consequência, em exercerem o papel do Técnico de Referência enquanto operador, agenciador do cuidado e potencializador dos processos de mudança.

Esse problema gerencial reflete no fato de que, apesar do acompanhamento do caso pelo Técnico de Referência ser instituído pelos serviços, nem sempre acontece, sendo comum, usuários que não conhecem seus técnicos e vice-versa.

Desse modo, está claro que há um nó crítico nessa maneira como a clínica vem sendo conduzida, visto que é o Técnico de Referência que deve ser o responsável pela coconstrução e cogestão do PTS junto ao usuário e ao restante da equipe, articulando as ações para que aconteçam, e não sejam fragmentadas, nem institucionalizadas. Além disso, é esse profissional que, por meio do vínculo, deve dar o suporte às dimensões subjetivas e objetivas do usuário em seu cotidiano, para que consiga caminhar com autonomia. (MINAS GERAIS, 2006; OLIVEIRA, 2008a; ONOCKO CAMPOS; CAMPOS, 2006) Ao considerarmos essas premissas, percebemos que, na realidade de alguns serviços, os Técnicos de Referência não estão conseguindo atuar da forma esperada, onde

A partir da escuta desenvolvida ao longo dos atendimentos, [o Técnico de Referência] vai definindo quais outras providências e recursos o caso requer: por exemplo, o modo e o ritmo de frequência ao serviço, o contato com a família, a busca de outros pontos de suporte para o paciente no espaço social, a garantia de certos direitos eventualmente lesados, a sugestão para frequentar esta ou aquela atividade, no serviço ou fora dele, a definição da alta, e assim por diante. (MINAS GERAIS, 2006, p. 150)

Está evidente que o PTS deve envolver, prioritariamente, o cuidado no território existencial dos usuários. Nesse sentido, Lobosque (2003) propõe uma *Clínica em movimento* por essência capaz de cuidar do sofrimento psíquico grave dentro da ordenação da cidade, pelo empenho dos serviços substitutivos em auxiliarem na construção de uma outra ordem social, um lugar de cidadania onde os usuários possam encontrar cabimento no mundo da cultura, na comunidade, na família, no trabalho, na cidade, etc. Para Oliveira (2008b, p. 288), esse modo de fazer a clínica

possibilita que o PTS seja factível por meio de “práticas de aproximação” que implicam

Ir ao campo e provocar momentos de encontro. Reconhecer e afirmar as identidades de pessoas em seus territórios existenciais. Ofertar contatos, encontros, momentos de conversa, seja nos espaços de serviço, na rua ou no domicílio das pessoas. O significado desses encontros não se dá apenas pela necessidade da equipe em coletar informações, mas, além disso, será de oportunizar o vínculo e a formação de algo comum. Nesses encontros, as conversas que se dão são momentos estratégicos nessa co-produção de problematização, na formação e junção/composição de olhares sobre a situação problema, suas hipóteses explicativas e, já ai, algumas possíveis saídas. Assim constata-se que a equipe que quer formular um PTS, além de momentos de discussão de equipe, não pode prescindir do contato direto com o usuário, de vivências com o usuário. O movimento de co-produção pressupõe o fazer *junto* e não pelo outro. Buscar resoluções *com* e não para o *outro*.

Diante das discussões levantadas podemos perceber que o PTS é um dispositivo clínico complexo, que envolve diversas ações e elementos, e que por isso precisa ser minimamente organizado e gerenciado para que se constitua enquanto um recurso efetivo para a prática de uma clínica ampliada.

Algumas sugestões para a construção e operacionalização do PTS

A partir de uma pesquisa documental encontrei algumas propostas de elaboração do PTS – como o PTS do Antiprotocolo (CUNHA, 2005), o Roteiro para Discussão de Projeto Terapêutico Singular para Indivíduos (OLIVEIRA, 2008a), o Roteiro para Projeto Terapêutico Individual

(MINAS GERAIS, 2006) e o Plano de Crise Associado ao Cartão de Crise (FREITAS, 2008) – cujos conteúdos foram sintetizados e organizados em três eixos transversais: Recursos, Momentos e Elementos. Discriminar esses eixos é apenas um artifício didático para melhor compreender o PTS, visto que, na prática, eles se entrelaçam organicamente.

Serão socializados alguns pontos relevantes para a produção e o gerenciamento do PTS no campo da Saúde Mental, apresentados aqui como sugestões. É importante deixar claro que essas sugestões não têm o intuito de burocratizar, nem tampouco de padronizar as ações terapêuticas, mas sim de propor uma forma de sistematização, com a intenção de planejá-las e organizá-las para que se articulem de maneira estratégica, favorecendo, assim, a potencialização dos projetos de cuidado.

Recursos, momentos e elementos para o PTS

Um dos principais recursos para a construção e gerenciamento do PTS é o Técnico de Referência e o vínculo com o usuário. Sem Técnico de Referência não há PTS, pois é esse ator que necessita exercer o papel de secretariar o usuário, conhecendo-o, agenciando-o na solução dos seus problemas e na (re)construção de sua autonomia, traçando junto a ele e a sua família, os objetivos, planos e itinerários terapêuticos.

Esse trabalho deve ser intenso e contínuo, por isso alguns autores sugerem que se estabeleça uma dupla de referência – que pode envolver profissionais de nível universitário, profissionais de nível médio, residentes e estagiários –, ou então uma pequena equipe de referência, principalmente nos casos que demandam maior atenção. Também, a discussão de caso com o equipe é um forte recurso para a elaboração do PTS, que, por isso, precisa ser priorizada nos serviços.

Outro recurso fundamental a ser considerado é a participação ativa do usuário no planejamento terapêutico, onde devem ser os protagonistas de seus projetos de vida, o que garante que o PTS faça sentido para sua vida. É ele quem aponta – com seus desejos, demandas, necessidade

e potencialidades – o caminho a seguir. Os técnicos devem ter a sensibilidade de percebê-las e agenciar o que for necessário para viabilizar novas possibilidades de existência.

Como já sinalizado no percurso desse artigo, a clínica ampliada – do sujeito e do território – é o arcabouço teórico-prático que sustenta a proposta do PTS. Ao se voltar para a integralidade e singularidade dos sujeitos, propõe a utilização dos aparatos terapêuticos de dentro e fora dos CAPS, tais como os recursos medicamentosos, os atendimentos individuais, os grupos e oficinas, a atenção domiciliar, os acompanhamentos terapêuticos, as mediações de conflitos, a articulação de redes – de saúde, social e pessoal –, as ações de inclusão social no trabalho, na escola e no lazer, etc., são recursos que devem ser acessados.

Os momentos se configuram como a dimensão do tempo para o PTS, é o andamento do projeto, os passos que precisam ser pensados no percurso da clínica. Já os elementos são os constituintes dos momentos, os conteúdos propriamente ditos do PTS. Ou seja, as matérias-primas para o cuidado, os componentes do PTS que envolvem informações, metas, meios e ações.

Ao compreender o PTS como um ato terapêutico de co-responsabilização, por isso ato de cuidado genuíno, coaduna-se com a ideia de Rotelli (2001, p. 34) de que qualquer processo terapêutico necessita ser

[...] Desenvolvido de tal modo a evitar o abandono do paciente a si mesmo em nome de sua liberdade abstrata, mas também de modo tal a evitar impor-lhe objetivos pré-constituídos. E por isso o trabalho terapêutico é um percurso dinâmico em contínua transformação, feito de tentativas, erros e aprendizagens, no qual os objetivos mudam durante o percurso porque são modificados pelo sujeito em jogo.

Sendo assim, devemos ter em mente que o PTS é singular e complexo, é ato vivo de produção de saúde, portanto precisa ser construído e

operacionalizado de maneira processual, dinâmica, consciente e intencional, organizado e compartilhado com usuários, familiares e profissionais.

Diante da complexidade para a construção e a concretização de um PTS, é importante ter um lugar de registro, onde cada recurso, momento e elemento, ou seja, cada passo, informação, ideia ou ação deve estar concentrada em um só lugar. Esse tipo de organização proporciona uma visão macro do projeto, facilita o acesso e favorece um melhor direcionamento da condução do caso por parte da equipe. Independente se o PTS estará organizado em documentos denominados protocolos, fichas ou roteiros, o que interessa é o seu conteúdo e seu modo de operacionalização.

No sentido do conteúdo e da operacionalização, sugiro algumas propostas para a prática do PTS, na perspectiva do caso a caso e do trabalho territorial. Para tanto, lanço mão, aprofundo e ao mesmo tempo busco ampliar a ideia de *momentos* do PTS apresentada por Cunha (2005) – Diagnóstico; definição de metas; divisão de responsabilidades; e deavaliação –, articulando-a com a visão de autores como Oliveira (2008a), Freitas (2008) e da Linha-Guia de Minas Gerais (2006), além de minhas próprias vivências enquanto profissional. A seguir, em uma releitura do PTS, proponho considerarmos cinco momentos, cíclicos e dinâmicos, constituídos por uma teia complexa de elementos clínicos.

Momentos de conhecer os sujeitos e seus contextos – São os momentos de esboço do PTS, os primeiros passos para a construção de um projeto terapêutico que faça sentido para o usuário, onde precisamos levantar algumas questões básicas para o cuidado. Como por exemplo: Quem é esse sujeito? Como ele se percebe? Como seus pares o percebem? Onde, como e com quem vive? Como se relaciona consigo mesmo e com o mundo? O que lhe aflige? Essas perguntas e a busca pelas respostas são a força motriz de um processo permanente de implicação com o sujeito, o qual se inicia no acolhimento e na primeira entrevista, e se estende por todo o tempo em que o usuário estiver sendo cuidado. Devemos buscar as respostas em seu lócus de vida, pois é lá que se dá

a realidade existencial, é lá onde estão os problemas e também as soluções, por isso não podemos nos limitar ao que nos é trazido, ou ao que percebemos em nosso *settig* fechado e protegido, no interior dos serviços. Precisamos resgatar sua história de vida e seu contexto atual, identificando, conforme Oliveira (2008a), suas vulnerabilidades – ou seja, as variáveis de risco e de proteção, tanto subjetivas, quanto objetivas, como, por exemplo, seu jeito de ser, a situação de saúde, a história do sofrimento, além dos recursos individuais do usuário e recursos de seu contexto. Sendo assim, devemos conhecer seus arranjos psíquicos, seu modo de estar no mundo, os lugares por onde transita, sua rede social de suporte – como família, amigos, vizinhos e instituições que lhe apoiam –, etc. Em resumo, devemos descobrir e ter claro entre a equipe que o acompanha, quais são suas necessidades biopsicossociais, demandas, desejos, habilidades, potencialidades e os recursos possibilitadores de reconstrução de vida. É nesse processo de aproximação com a vida do usuário que ele próprio vai se reconhecendo e nós vamos tecendo e fortalecendo nossos vínculos.

Momentos de sistematização do PTS – São os momentos de dar forma ao desenho do projeto. Deve ser feito juntamente com o usuário, familiares e equipe, pactuando responsabilidades. É fundamental nessa fase retomar e se fundamentar nos elementos já levantados no momento anterior – aliás, eles não podem ser esquecidos em nenhum instante. A partir disso, devemos ter claro qual é a situação-problema, que justifica o tratamento no serviço. As perguntas relevantes para esse momento são: O que esse sujeito precisa? O que e quando precisamos fazer para que alcance o que precisa? Quais os objetivos/alvos de nossas ações? As respostas precisam ser compartilhadas e bem pensadas com o usuário e com os profissionais que o atendem. Devem ser definidas em objetivos a curto, médio e longo prazo, explícitos em prontuário, acessados e reformulados constantemente. Precisamos lembrar sempre que os objetivos são os fios condutores do processo terapêutico.

Momentos de operacionalização do PTS – São os momentos de por o plano em prática, de nos perguntarmos Como e com quem fazer? Com os objetivos em mente propomos as intervenções com o usuário, com a família e com a comunidade. Buscamos recursos e parcerias, agenciamos, pactuamos e corresponsabilizamos. Os recursos a serem acionados e utilizados, tanto os clínicos – como atendimentos, medicamentos –, quanto os comunitários, devem estar especificados. Para organizá-los é importante a criação de um cronograma – parecido com o quadro denominado PTI que é utilizado nos CAPS –, porém, contendo não apenas as atividades realizadas na instituição com o usuário, mas também com sua família, além das atividades e ações territoriais – como visitas domiciliares, acompanhamento terapêutico, visitas institucionais, etc. Vejam que a agenda do usuário é importante, mas é apenas um elemento do PTS. Outro elemento que deve constar no PTS é a conduta da equipe diante de uma situação de crise do usuário. É fundamental, como ressaltava Freitas (2008), que seja elaborado pela equipe e pelo usuário um Plano de Crise singularizado. Nele, devem estar discriminados em detalhes a forma como, geralmente, ocorre a crise com o sujeito, como deve ser abordado e tratado, quem acionar e quais as condutas que essa pessoa precisa tomar, em que local deseja ser cuidado, quais medicações devem ser usadas, as informações e os contatos do médico e técnico de referência.

Momentos de discussão do caso e de reavaliação – Esses são os momentos de reflexão constante acerca do direcionamento do PTS, onde precisamos questionar: O que estamos fazendo? Quais os impactos de minhas ações na vida do usuário? O que precisamos fazer diferente? Compartilhar e discutir o caso com a equipe, articular e reavaliar as ações, rever os objetivos do PTS, devem ser condutas de rotina – no mínimo mensal –, priorizadas em reuniões de equipe, não apenas no momento de crise do usuário. Oliveira (2008a) sugere que seja feita uma agenda para a discussão dos casos, que pode acontecer em subgrupos de profissionais diretamente envolvidas em cada caso.

Momentos da alta e/ou encaminhamentos – Apesar do caráter singular do PTS, todo projeto terapêutico deve vislumbrar, mesmo que em longo prazo, a alta do usuário. Afinal de contas precisamos trabalhar para que os sujeitos não necessitem mais – ou tanto – de nossos cuidados, e sigam sua vida, com o máximo de autonomia possível. Há o momento em que a equipe, juntamente com o usuário, deve indagar: Até quando o usuário precisa ser cuidado no CAPS? Será que os serviços do CAPS continuam atendendo às necessidades do sujeito? Ele precisa de outro tipo de atenção? Qual instituição/serviço poderá prestar a manutenção do cuidado? Em qualquer situação é importante que os vínculos com o CAPS sejam desfeitos de maneira gradativa e substitutiva, de modo que novas relações e possibilidades concretas de inserção social sejam tecidas. O Técnico de Referência precisa acompanhar o usuário nesse processo de alta, mesmo depois de algum tempo já fora do serviço, mediando as situações de sua nova vida.

Por fim, ratifico que essas sugestões são apenas uma possibilidade de atuação pragmática e crítica que permite o manejo da clínica de forma lúcida, reflexiva, intencional, ampliada... Permite inovações e tentativas terapêuticas, as quais numa dança coletiva seus movimentos e passos clamam pelo renascer da vida.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Podemos convir que, para a concretização de uma clínica ampliada, em movimento, cujo foco é o sujeito em sua integralidade e complexidade, tendo como objetivo sua autonomia e pertença social, precisa haver a sustentação por uma gama de aparatos e recursos – tanto individuais, quanto coletivos; tanto objetivos, quanto subjetivos; tanto psíquicos, quanto técnico-administrativos. Contudo, muitas vezes em nossa realidade de trabalho, nos deparados com a precariedade desses recursos,

fato que nos cristaliza em pensamentos e práticas institucionalizadas, onde o território está ainda muito além de nossos fazeres.

É preciso desconstruir e reorganizar essa lógica de funcionamento dos serviços e dos processos terapêuticos, onde os profissionais, engolidos pela grande demanda, têm de coordenar vários grupos e oficinas, sem tempo para cuidar de forma mais singular ou para ir ao território. Na tentativa de deslocar esse *status quo*, da lógica da generalização para a lógica da singularização do cuidado, alguns atores – dentre usuários, familiares, trabalhadores e teóricos – vêm tentando produzir tensões, enfrentamentos e transformações no cotidiano dos serviços substitutivos.

Vimos, ao longo dessas linhas, que o Projeto Terapêutico Singular pode ser um artifício potente para promover essas transformações, já que é um dispositivo tecnológico facilitador da organização e da prática clínica, como também do gerenciamento dos processos de trabalho. No entanto, vem sendo subutilizado nos CAPS, ao ser reduzido a uma agenda de atividades institucionais. É a partir disso que faço o convite: vamos nos apropriar e explorar esse recurso!

É preciso atentar que o Projeto Terapêutico Singular é o motivo de nossas ações, o articulador e o termômetro dos nossos atos terapêuticos. A partir desse recurso podemos exercitar o fazer prático, buscando saber o que estamos fazendo pela vida dos sujeitos que procuram cuidado, qual impacto estamos produzindo e se estamos sendo agentes produtores de saúde.

Para nós, profissionais, experienciar o Projeto Terapêutico dessa maneira, possibilita transcender nossas práticas para o mundo do usuário e trabalhar com aquilo que ele traz e tem de mais positivo em sua vida, e isso, além de enriquecer nosso aprendizado técnico, favorece o caminhar do processo terapêutico. Por outro lado, para o usuário, ser coautor e protagonista de seu próprio projeto de vida, já é, por si, terapêutico, à medida que tem a oportunidade de se dar conta da sua história – com suas demandas, necessidades e dificuldades –, de (re)significá-la, de deslocá-la, enxergar e (re)construir novas possibilidades de existência.

Referências

- ALVES, D. S.; GUJLOR, A. P. O cuidado em saúde mental. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. (Org.). *Cuidado: as fronteiras da integralidade*. Rio de Janeiro: IMS/UERJ; CEPESC: ABRASCO, 2006. p. 221-240.
- BOFF, L. *Saber cuidar, ética do humano – compaixão pela terra*. Petrópolis: Vozes, 2008.
- BRASIL. Secretaria de Atenção à Saúde. *Clínica ampliada, equipe de referência e projeto terapêutico singular*. Brasília: Ministério da Saúde, 2007. 60p. Disponível em: <http://www.ufjf.br/hu/files/2009/10/projetos_terapeuticos.pdf>. Acesso em: 19 abr. 2012.
- CARVALHO, S. R. Os múltiplos sentidos da categoria “empowerment” no projeto de promoção da saúde. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 20, n. 4, p. 1088-1095, jul./ago., 2004. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csp/v20n4/24.pdf>>. Acesso em: 19 abr. 2012.
- CUNHA, G. T. *A construção da clínica ampliada na atenção básica*. São Paulo: Hucitec, 2005.
- FRANCO, T. B. Fluxograma descritor e projetos terapêuticos. In: MERHY, Emerson E. et al. (Org.). *O trabalho em saúde: olhando e experienciando o SUS no cotidiano*. São Paulo: Hucitec, 2007. p. 161-198.
- FREIRE, P. *Pedagogia do oprimido*. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1987.
- FREITAS, C. A participação e preparação prévia do usuário para situações de crise mental: a experiência holandesa do Plano/Cartão de Crise e desafios para sua apropriação no contexto brasileiro. In: VASCONCELOS, E. (Org.). *Abordagens psicossociais: reforma psiquiátrica e saúde mental na ótica da cultura e das lutas populares*. São Paulo: Hucitec, 2008. p. 142-170. v. 2.
- LOBOSQUE, A. M. Serviços substitutivos aos hospitais psiquiátricos: O que há de novo? In: LOBOSQUE, A. M. *Clínica em movimento: por uma sociedade sem manicômios*. Rio de Janeiro: Garamond, 2003. p.153-159.
- MERHY, E. E. *A cartografia do trabalho vivo*. São Paulo: Hucitec, 2007.

MINAS GERAIS. Secretaria de Estado de Saúde. *Atenção em Saúde Mental*. Belo Horizonte, 2006. 238p. Disponível em: <http://www.fasa.edu.br/images/pdf/Linha_guia_saude_mental.pdf>. Acesso em: 19 abr. 2012.

NICÁCIO, F.; CAMPOS, G. W. S. A complexidade da atenção às instituições de crise – contribuições da desinstitucionalização para a invenção de práticas inovadoras em saúde mental. *Rev. Ter. Ocup. Univ. São Paulo*, v. 15, n. 2, p.71-81, maio/ago., 2004. Disponível em: <<http://www.revistasusp.sibi.usp.br/pdf/rto/v15n2/06.pdf>>. Acesso em: 19 abr. 2012.

OLIVEIRA, G. N. *O projeto terapêutico e a mudança nos modos de produzir saúde*. São Paulo: Aderaldo & Rothschild, 2008a. (Saúde em Debate)

OLIVEIRA, G. N. O projeto terapêutico singular. In: CAMPOS, G. W. S.; GUERRERO, A. V. P. (Org.). *Manual de práticas de atenção básica: saúde ampliada e compartilhada*. São Paulo: Hucitec, 2008b. p. 283-297.

ONOCKO CAMPOS, R. T.; CAMPOS, G. W. S. Co-construção de autonomia: o sujeito em questão. In: CAMPOS, G. W. S et al. (Org.). *Tratado de Saúde Coletiva*. São Paulo: Hucitec; Rio de Janeiro: Fiocruz, 2006. p. 669-688.

ROTELLI, F. et al (Org.). *Desinstitucionalização*. São Paulo: Hucitec, 2001.

TENÓRIO, F. A reforma psiquiátrica brasileira, da década de 1980 aos dias atuais: história e conceito. *História, Ciências, Saúde*, Manguinhos, v. 9, n. 1, p.25-59, 2002. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/hcsm/v9n1/a03v9n1.pdf>>. Acesso em: 19 abr. 2012

WESTPHAL, M. F. Promoção da saúde e prevenção de doenças. In: CAMPOS, G. W. S. et al. (Org.). *Tratado de Saúde Coletiva*. São Paulo: Hucitec; Rio de Janeiro: Fiocruz, 2006. p. 635-667.

Relações possíveis entre corpo urbano e corpo subjetivo

a experiência de usuários da rede de saúde mental de Salvador/BA

Monique Brito

INTRODUÇÃO

Esse trabalho foi sendo pensado, construído e montado ao longo de dois anos de prática na residência em saúde mental.¹ Ele é um mosaico composto por inquietações, reflexões e insights provenientes das experiências vividas durante esse período. Desde o início, sabíamos que haveria um trabalho final a ser produzido e que escolhas deveriam ser feitas no sentido de dar-lhe uma direção. Esperar. Essa foi a escolha. Esperar por um tema que fosse forte o suficiente a ponto de fazer esse corpo vibrátil² de cartógrafo³ se manifestar.

1 Residência Multiprofissional em Saúde Coletiva com área de concentração em Saúde Mental.

2 Conceito que será desenvolvido posteriormente.

3 É assumido, aqui, esse papel – o de cartógrafo – e é a partir dele que serão relatadas as experiências e reflexões apresentadas ao longo desse trabalho. Como um viajante que registra suas vivências em seu diário de bordo, o qual, ao final da viagem, estará completamente rabiscado, pois ao longo dela, foi vivendo e revivendo vários momentos, voltando a eles na

Gostaria de salientar que essa não foi uma espera passiva, mas muito in-tensa. In-tensa porque na busca de algo que fizesse manifestar esse corpo vibrátil, ele [o corpo] se ofereceu enquanto ponto de entrecruzamento das mais diversas forças, deixando-se afetar in-tensamente por várias delas, o que não é um exercício muito fácil. Requer muita energia, provoca muito desgaste, mas também produz muita potência.

Nessa empreitada, o cartógrafo não segue princípios e nem protocolos normalizados; aliás, ele segue apenas um antiprincípio, aquele que o impele a estar sempre mudando, deixando seu corpo à disposição das linhas e forças que possam vir a atravessá-lo; ou seja, o cartógrafo não sai em busca de algo, ele deixa-se à deriva, para que algo o encontre. Não digo, com isso, que inexistam qualquer intencionalidade nele. Ora, se alguém está com fome e sai andando por uma rua desconhecida, o que lhe chamará mais atenção: uma lanchonete ou uma loja de bicicletas?

Não é por acaso, portanto, que as várias linhas que se seguem são dedicadas ao corpo, ao espaço, às relações entre ambos. Apesar de procurar ser escolhido, ao invés de escolher, o cartógrafo possui uma história de vida, atravessada pelas mais diversas influências, as quais acabam por produzir ilhas de interesse e filtros em sua percepção.

Esse cartógrafo que vos fala faz um grande esforço para tentar recordar de onde surgiu o desejo de compreender as formas de relação tecidas entre corpo e espaço. Não consegue. Talvez porque esse desejo sempre tenha existido, antes mesmo de ter contato com conceitos como corporalidade e territorialidade. Talvez mesmo antes de identificar alguma diferença entre esses dois territórios, supostamente individual e social, respectivamente.

No entanto, saber a origem desse interesse não é nossa maior preocupação; aliás, nem chega a nos inquietar. Como tão bem escreve Rolnik (2006, p. 35), procurar entender ou explicar fatos e situações, bem como

tentativa, não de compreendê-los e explicá-los; antes, de absorver o máximo de potência de cada um deles.

estabelecer relações de causalidade não é algo que mobilize o cartógrafo: “O que ele quer é mergulhar na geografia dos afetos e, ao mesmo tempo, inventar pontes para fazer sua travessia: pontes de linguagem [...]. Ela, por sua vez, [a linguagem] é, em si mesma, criação de mundos.”

Para os geógrafos, a cartografia – diferentemente do mapa, representação de um todo estático – é um desenho que acompanha e se faz ao mesmo tempo que os movimentos de transformação da paisagem. Paisagens psicossociais também são cartografáveis. A cartografia, nesse caso, acompanha e se faz ao mesmo tempo que o desmanchamento de certos mundos – sua perda de sentido – e a formação de outros: mundos que se criam para expressar afetos contemporâneos, em relação aos quais os universos vigentes tornaram-se obsoletos. (ROLNIK, 2006, p. 23)

Esse desmanchamento de mundos e formação de outros mundos, dos quais nos fala Rolnik (2006), é um movimento que acontece cotidianamente em nossas vidas. É sobre esse movimento que trataremos aqui. Mais especificamente aquele vivenciado por alguns usuários acompanhados por esse cartógrafo aqui presente, em serviços de saúde mental no município de Salvador.

A cartografia não foi pensada⁴ para ser um método em si, mas uma reflexão metodológica que se atualiza na medida em que ocorrem encontros entre sujeito e objeto; ela não sai em busca de uma verdade, nem da confirmação de uma hipótese pré-estabelecida; ela dispõe-se a mapear intensidades e acompanhar as transformações decorridas no terreno percorrido, sujeitas à percepção do sujeito percebedor do mundo cartografado. (KIRST et al., 2003)

A escrita cartográfica não promete aos seus interlocutores retratar fielmente aquilo que foi vivido e sentido pelos sujeitos pesquisados. Mesmo

4 Principalmente por autores como Gilles Deleuze, Félix Guattari, Suely Rolnik, Michel Serres e Pierre Lévy.

que todas as falas sejam transcritas literalmente, mesmo que os escritos sejam copiados, eles próprios são apenas canais, são vias de tradução do que foi experimentado pelo sujeito. Portanto, não tenho pudor em admitir que tudo aquilo que está aqui cartografado, nada mais é que a minha percepção da tradução feita por essas pessoas de suas próprias experiências. O cartógrafo não é funcionário *do* paradigma cientificista, ele é sócio de um paradigma ético-estético-político.

Ético porque considera as pessoas em relação, bem como os acontecimentos que atravessam e compõem suas vidas, sem ideias preconcebidas, nem julgamentos de valor moral; estético porque considera a vida uma obra de arte (DELEUZE, 1992), em um eterno devir-transformador, pulsante e desejante de novas formas de estar no mundo; político porque simples atos como existir, relacionar-se, cuidar e ser cuidado, habitar, percorrer espaços, viver, enfim, são, em tudo, atos políticos; pensar sobre tudo isso não poderia, então, deixar de ser político.

Bem, acredito que seja importante, nesse momento, detalhar os aspectos mais concretos da trajetória metodológica percorrida até aqui, tendo em vista que bastante já foi dito acerca da cartografia. Isso aconteceu porque é impossível para um cartógrafo falar daquilo que fez sem mencionar como foi feito.

As falas e experiências aqui mencionadas são provenientes das histórias de vida de sujeitos em sofrimento psíquico, acompanhados nos serviços de saúde mental por onde esse residente-cartógrafo pôde transitar durante dois anos. São registros de um diário de campo repleto de afetações produzidas nesse período; é um relato de ex(e atuais) experiências, apreendidas com pessoas de ambos os sexos e com as mais variadas idades – crianças, jovens, adultos e idosos; vivendo nas mais diversas condições – de moradia, arranjos familiares, laços afetivos, etc.

DESDOBRANDO CONCEITOS

Corpo

Que corpo é esse do qual falamos?

Ao longo da história, o corpo foi adquirindo diversos – vários e diferentes – sentidos. Foi adorado e também endemoniado. No entanto, não é o foco desse trabalho fazer esse resgate histórico, visto que ele pode ser encontrado em outras produções. Cabe-nos apenas esclarecer em que corpo pensamos ao construir as reflexões aqui apresentadas.

Em definitivo, não nos acomete nenhum pensamento dualista, tampouco biologicista sobre o corpo. Quando nos referimos a corpos, transitamos entre algumas concepções que nos parecem coerentes com nosso modo de pensar: corpo enquanto superfície de inscrição de acontecimentos (FOUCAULT, 1979), lugar de entrecruzamentos de forças múltiplas, convergentes e contraditórias.

Também nos parece bem interessante a noção de corpo vibrátil, explicada por Rolnik (2006, p. 12) como sendo aquele corpo que se permite sentir

A alteridade em sua condição de campo de forças vivas que nos afetam e se fazem presentes em nosso corpo sob a forma de sensações. [...] O outro é uma presença que se integra à nossa textura sensível, tornando-se, assim, parte de nós mesmos. Dissolvem-se aqui as figuras de sujeito e objeto, e com elas aquilo que separa o corpo do mundo.

O corpo vibrátil, ao sentir as vibrações de outras existências em seu entorno, dissolve suas fronteiras, invadindo e tomando para si as sensações desse outro. Ele é um corpo essencialmente social e relacional; é somente em sua relação com o mundo e com tudo que neste habita, que ele constitui sua própria existência.

Tomando também como base os estudos da sociologia do corpo (LE BRETON, 2006), consideramos que existir significa, em primeiro lugar, mover-se em determinado espaço e tempo, utilizando-se de uma estrutura corporal através da qual a relação com o mundo é construída. Ou seja, a relação com o mundo só é possível porque existe um corpo físico que transita nesse espaço. Mais que isso: não apenas possuímos, mas somos um corpo, um corpo subjetivo que se relaciona com o mundo através de atividades perceptivas (recebidas pelos órgãos do sentido), cerimônias e ritos de interação (atividades coletivas), conjunto de gestos e mímicas (signos e sinais utilizados na comunicação), produção da aparência, exercícios físicos, relação com a dor, expressão de sentimentos, etc.

Le Breton (2006) afirmou que antes de qualquer coisa, a existência é corporal. Se nossa existência é acima de tudo corporal, nossas relações, sejam elas com pessoas, animais, objetos ou lugares, também só são possíveis mediante esse corpo, habitado e habitante de nosso ser. Corporalidade e subjetividade não são aspectos que se complementam, muito menos se distinguem, posto que são um só. Nossa subjetividade é essencialmente corporal e nosso corpo é todo subjetivo. É esse corpo que se relaciona, por sua vez, com o espaço por onde transita.

São essas relações que nos propomos a pensar: as produzidas nesse transitar do corpo humano – subjetivo – sobre o corpo urbano – espaço/cidade – do espaço vivido.

Corpo urbano e corpo subjetivo

Para Jacques (2007), são os praticantes da cidade os responsáveis pela sua efetiva existência; são eles que, pela simples ação de percorrê-la, lhes dão corpo: a cidade deixa de ser um simples cenário no momento em que ela é vivida. Seguindo essa linha de pensamento, Jacques desenvolveu o conceito de corpografia urbana, que seria “um tipo de cartografia realizada pelo e no corpo, ou seja, a experiência urbana inscrita no próprio corpo que a experimenta, moldando-o e sendo por ele moldada,

mesmo que involuntariamente, produzindo uma espécie de grafia urbana.” (JACQUES, 2007, p. 96)

Essas marcas corporais – da cidade no corpo e do corpo na cidade – são produzidas à medida que os espaços são experimentados, habitados, tornando-se espaços de existência humana, recheados de pulsação de vida. Jacques defende que isso só acontece quando os espaços percorridos são aqueles ordinários, construídos com o intuito de abrigar a vida e não de mercantilizá-la, tornando-a fetiche, espetáculo urbano para habitantes de outros espaços.⁵

Esses espaços ordinários são também denominados de espaços opacos (SANTOS; ELIAS, 1997), locais produzidos para e pelo morar, circular, do seu habitante; não pelo olhar, admirar e fotografar de um visitante. Geralmente é nesses espaços opacos onde transitam nossos sujeitos – e não objetos – de pesquisa. Os sujeitos em sofrimento psíquico, sejam eles egressos de hospitais psiquiátricos e/ou usuários de outros serviços de saúde mental, acabam ficando com um trânsito pela cidade mais limitado, seja pela falta de autonomia para fazê-lo, seja por questões sociais mais amplas, como falta de condições financeiras ou mesmo pelo medo do preconceito da sociedade:

Esse lugar do público, do coletivo, que deveria proporcionar uma sensação de liberdade, passa então a apresentar-se de um modo ameaçador, pois esses sujeitos começam a sentir medo, pois são induzidos a pensar que não são capazes de circular por esses espaços; medo do medo que provocam naquelas pessoas que vêem os loucos como figuras extremamente perigosas e medo do encontro desses medos, que provocam um medo ainda maior. O que falta, então, para que esse espaço adquira um tom poético, para que, em vez de atuar como elemento de interdição, ele seja um dispositivo que emana potência de vida? (BRITO et al., 2006, p. 145-146)

5 Como no caso dos espaços históricos das cidades que são transformados em corredor turístico, aquelas obras para turista ver.

Essa potencialidade do espaço urbano, enquanto lócus privilegiado de encontro com a vida e suas relações, bem como promotor de uma re-singularização libertadora de subjetividades individual e coletiva (GUATTARI, 1993), já foi “descoberta” pelos teóricos e profissionais da saúde e figura dentre as formas de cuidado previstas e desenvolvidas pelo modo de atenção psicossocial, preconizado pelo Ministério da Saúde. (BRASIL, 2004)

Concordamos que o trabalho territorial e a construção de redes sociais são estratégias com potencial imenso de transformação e empoderamento de sujeitos em sofrimento psíquico e somos, inclusive, adeptos maciços dessas práticas. No entanto, há de se ter bastante parcimônia ao se utilizar dessa estratégia terapêutica, a fim de não cairmos na armadilha sobre a qual nos alerta Scarcelli (2002), quando chama atenção para o fato de que a proposta de construção dessa rede social traz consigo alguns riscos: se o centro irradiador é o âmbito da assistência, particularmente o da clínica, corre-se o risco de ser reeditada uma nova forma de medicalização, que pode ser nomeada como terapeutização da sociedade.

Foi por esse motivo – tentativa de evitar cair nessa armadilha – que decidimos pensar sobre as relações corpo-cidade a partir das experiências dos próprios sujeitos experimentadores desse espaço e não do que é construído com a mediação de outrem – profissional ou serviço que o acompanha. Acreditamos que as relações mais legítimas são aquelas nascidas de encontros alegres e espontâneos, que possibilitem ao sujeito assumir.

O papel de atores principais de suas vidas, artistas cotidianos de sua maneira de falar, de andar, de se vestir, de parar no meio da rua e começar a rir lembrando de um episódio engraçado, de ter curiosidade pelas coisas da vida e de perguntar sobre elas, enfim, de serem sujeitos plurais, inventores de vida, de sua própria vida. (BRITO et al., 2006, p. 147)

RELAÇÕES POSSÍVEIS

Por que é tão comum escutarmos relatos sobre uma vontade incontrollável de sair correndo por aí, sair andando sem destino, sair andando pelo mundo? Por que será que a loucura tende a ir às ruas, evadir-se do espaço privado e invadir o público? Em contrapartida, por que a sociedade caminha em direção contrária, em um movimento incansável de tentar esconder, trancar e intimizar essa expressão in-tensa de vida? Podemos perceber, em algumas falas, o quão forte é esse desejo do fora e quão intensas são as forças que o seguram no dentro:

‘É muito melhor ficar na rua do que em casa, eu gosto muito mais’. (usuário).

‘Ela (mãe) não tá me deixando mais sair de casa, tô de castigo’. (usuário).

‘Você acha que ele tem condições de sair por aí sozinho? Se comigo ou outra pessoa ele já apronta, imagine só! Ia ser uma loucura (grifo nosso)!’ (familiar).

‘Ah, minha filha, ele só fica em casa, né, como é que eu vou sair com ele assim, desse jeito... O povo na rua fica todo olhando’. (familiar).

Poderíamos afirmar, ainda, que o espaço urbano é um *locus* privilegiado de agenciamento de encontros:

A favor da rua. Não se trata simplesmente de um lugar de passagem e circulação [...] É o lugar (topia) do encontro, sem o qual não existem outros encontros possíveis nos lugares determinados (cafés, teatros, salas diversas). [...] Nela efetua-se o movimento, a mistura, sem os quais não há vida urbana, mas separação, segregação estipulada e imobilizada. (LEFEBVRE, 2002, p. 29)

Queremos dizer, com isso, que a rua, a cidade, enfim, são espaços de vários possíveis e que cada um de nós, ser-vivente, com suas capacidades e peculiaridades, produz suas próprias estratégias de vida e de

circulação, pois somos “sujeitos de interesses e desejos que co-habitam espaços de relações de poderes e subjetividades” (OLIVEIRA; FURLAN, 2008, p. 256), vivendo em um eterno devir-nômade, que nos impulsiona a diferentes modos de ocupação do espaço, desenhados a partir da multiplicidade das formas de estar no território urbano e existencial. Podemos visualizar essa cena nas seguintes experiências:

Ah, eu conheço um monte de gente aqui, eles conversam comigo, me deixam ajudar, aí eu ganho um lanche, um picolé, e assim eu vou pegando amizade com o povo aqui. (usuário).

Ele possui uma boa rede social, tendo bons contatos com várias pessoas na comunidade, circulando bem pelo seu território e mantendo relações afetivas com várias pessoas, até mesmo no sentido de proteção em relação àquelas outras com quem ele 'apronta'. Nessas andanças, conheceu e criou um vínculo bastante sólido com uma família que assume a postura de responsabilização e cuidado com ele, recebendo-o em sua casa, levando-o para passear, para ir ao centro espírita que frequentam e se dispondo a custear os estudos dele em uma escola particular; ou seja, oferecendo-lhe oportunidades que sua família não teria condições de fazê-lo. Esse carinho também começa a se estender ao restante de sua família. (anotações de diário de campo).

O exemplo acima vem nos mostrar o quão relevantes podem ser as trocas socioafetivas nascidas no cotidiano da rua, do público e quanto essas relações com supostos estranhos podem ser potencialmente transformadoras e construtoras de poder contratual (KINOSHITA, 1996), e que não precisa, necessariamente, de um especialista como mediador desse processo. Os sujeitos podem ser, além de atores, autores dos seus próprios roteiros de vida.

Essa autonomia e auto-gestão dos corpos é fator imprescindível quando se pensa em produção de vida, em modos de subjetivação livres de prescrições. Nesse sentido, é imprescindível que pensemos em um conceito de saúde que seja mais abrangente do que limitador, mais

inclusivo do que excludente, tal como o que propõe Dejours (1986), de que saúde é poder dar liberdade ao corpo, é poder deixar os movimentos do corpo livres e não fixados de modo rígido. É permitir ao corpo subjetivo criar suas próprias relações, (re)inventá-las a cada novo encontro com espaços e pessoas que o afetem e, acima de tudo, não invalidar suas construções, as quais podem constituir-se, também, enquanto uma rota de fuga, um comportamento silencioso de resistência a um circuito fechado e controlado:

Dona M. não permite que seus filhos andem sozinhos por aí, pelo bairro; quando não estão em casa, estão na igreja, que fica bem perto, não sendo necessário sequer atravessar a rua para chegar até lá. A única exceção acontece quando ela está ocupada fazendo algum bico e pede para o filho mais velho (C.) pegar o mais novo (A.) na escola. Eles 'escapam' por alguns instantes e passeiam rapidamente por um pequeno shopping e por ruas que ficam fora do seu roteiro normal. (anotações de diário de campo).

Por outro lado, também existem aqueles que preferem – por algum motivo – não circular pelos locais públicos, abertos. Nessa situação estão alguns moradores de residências terapêuticas⁶ que, apesar dos convites e tentativas de articulação de passeios e idas ao CAPS, não demonstram desejo em deixar o espaço doméstico sequer por alguns minutos. Nesse sentido, eles são costumeiramente convidados, mas nunca impelidos a visitar o espaço do fora. É uma opção, algo que por muito tempo eles não tiveram o direito de escolher, uma vez que passaram vários anos de suas vidas em hospitais psiquiátricos e/ou manicômios judiciários, onde os comportamentos devem ser padronizados e vigiados.

Podemos respeitar essa decisão enquanto escolha pessoal; o que não podemos, no entanto, é fechar os olhos para todos os fatores envolvidos

6 As residências às quais nos referimos são aquelas acompanhadas pelo CAPS Professor Adilson Peixoto Sampaio, do município de Salvador.

com essa opção. Certeau (1996, p. 207) nos lembra que “nossos habitats sucessivos jamais desaparecem totalmente, nós os deixamos sem deixá-los, pois eles habitam, por sua vez, invisíveis e presentes, nossas memórias e nossos sonhos”.

Nesse caso, o fantasma das grades e mesmo o medo do desconhecido/esquecido que está lá fora; um mundo que, por vezes, pode ter sido cruel a ponto de despertar um receio de retorno a ele; que pode ter deixado impresso nos corpos desses sujeitos grades invisíveis, que podem ser tão ou mais sufocantes que as grades de ferro dos manicômios.

Isso tudo somado à realidade de pessoas que ainda carregam o manicômio dentro de si; pessoas que ainda não conseguem viver sem a serpente que os habitou por tanto tempo.⁷ As grades invisíveis – provenientes tanto da experiência na sociedade aberta, quanto do espaço fechado das instituições totais - são as que imprimem marcas mais profundas e difíceis de serem cicatrizadas.

ALGUMAS CONSIDERAÇÕES

Como já sinalizado anteriormente, o conteúdo aqui trabalhado faz parte de um conjunto de experiências vivenciadas junto a sujeitos

7 “Uma fábula oriental conta a história de um homem em cuja boca, enquanto ele dormia, entrou uma serpente. A serpente chegou ao seu estômago, onde se alojou e onde passou a impor ao homem a sua vontade, privando-o, assim, da liberdade. O homem estava à mercê da serpente: já não se pertencia. Até que uma manhã o homem sente que a serpente havia partido e que era livre de novo. Então se dá conta de que não sabe o que fazer da sua liberdade: No longo período de dominação absoluto da serpente, ele se habituara de tal maneira a submeter à vontade dela a sua vontade, aos desejos dela os seus desejos e aos impulsos dela os seus impulsos, que havia perdido a capacidade de desejar, de tender para qualquer coisa e de agir autonomamente. Em vez de liberdade ele encontrara o vazio, porque junto com a serpente saíra a sua nova essência, adquirida no cativeiro, e não lhe restava mais do que reconquistar pouco a pouco o antigo conteúdo humano de sua vida.” (AMARANTE, 1996, p. 66)

acompanhados pela rede de saúde mental de Salvador, por onde tivemos a oportunidade de transitar durante esse período da residência. São recortes de vida de pessoas que carregam consigo marcas fortes dos espaços por onde transitam, sejam eles as instituições fechadas, as instituições (ditas) abertas, os espaços literalmente a céu aberto, além, é claro, de seus territórios afetivo-existenciais – caracterizados pelos espaços onde são construídas relações significativas e que são produtores de lembranças marcantes; verdadeiros espaços de produção de subjetividade.

Mais uma vez, ainda, reiteramos que esse conteúdo não se propõe a ser o real em si, tendo em vista que ele passou e passará por várias traduções: a experiência vivida pelo sujeito que, ao ser observada ou contada ao pesquisador, sofre as primeiras alterações, seguidas por aquelas provenientes da tradução que o pesquisador tenta fazer para levar esse conteúdo até aos seus leitores, os quais, cada um à sua maneira, farão suas próprias interpretações.

Mesmo com todas essas interferências, acreditamos que experiências de vida são sempre um bom instrumento para nos levar a refletir sobre a existência humana e suas vicissitudes. Afinal, só se compreende (pelo menos se tenta compreender) uma realidade quando temos um mínimo de contato com ela.

Conhecer a vida, o cotidiano, o itinerário de um sujeito, é permitir-se entrar um pouco em sua vida, de uma forma diferente daquela já instituída, tentando conhecer para classificar. O interessante é conhecer permitindo-se surpreender, compreender e aprender, sem a intenção de prender vidas nas grades da normalidade, sem a pretensão de enquadrar os sujeitos nas relações que julgamos serem as mais saudáveis e inclusivas.

Foi dessa forma que buscamos trazer essas experiências, tomando-as como exemplos de formas de ser e estar no mundo, de relacionar-se, de criar seus próprios laços, de marcar e ser marcado, trazendo em seu corpo subjetivo marcas impressas do corpo urbano por onde transita; ao mesmo tempo, co(i)nstruindo o corpo urbano com suas marcas

peçoais, com o seu caminhar e o seu habitar a cidade, suas ruas e vielas, dando preenchimento a espaços vazios, fazendo pulsar vida em espaços que nada significavam antes de serem percorridos por esses corpos desejantes.

Referências

- AMARANTE, P. D. C. *O homem e a serpente: outras histórias para a loucura e a psiquiatria*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1996.
- BRASIL. Ministério da Saúde. *Saúde mental no SUS: os centros de atenção psicossocial*. Brasília, 2004.
- BRITO, M. et al. Reinserção social e cotidiano de usuários de psicotrópicos. *Mnemòsine*, Campina Grande, v. 2, n. 2, p. 130-149, 2006.
- CERTEAU, M. Espaços Privados. In: CERTEAU, M; GIARD, L. *A invenção do cotidiano: morar, cozinhar*. Petrópolis: Vozes, 1996. p. 203-207. v. 2.
- DEJOURS, C. Por um novo conceito de saúde. *Revista Brasileira de Saúde Ocupacional*, São Paulo, v. 51, n. 14, p. 7-11, 1986.
- DELEUZE, G. *Conversações, 1972-1990*. Rio de Janeiro: Editora 34, 1992.
- FOUCAULT, M. *Microfísica do poder*. Rio de Janeiro: Graal, 1979.
- GUATTARI, F. *Caosmose: um novo paradigma estético*. Rio de Janeiro: Ed. 34, 1993.
- JACQUES, P. B. Corpografias urbanas: o corpo enquanto resistência. *Caderno PPG-AU/FAUFBA*, Salvador, v. especial, p. 93-104, 2007.
- JACQUES, P. B.; BRITTO, F. D. Cenografias e corpografias urbanas: um diálogo sobre as relações entre corpo e cidade. *Caderno PPG-AU/FAUFBA*, Salvador, v. 7, edição especial, p. 79-86, 2008. Disponível em: <<http://www.portalseer.ufba.br/index.php/ppgau/article/viewFile/2648/1871>>. Acesso em: 20 abr. 2012.

- KINOSHITA, R. T. Contratualidade e reabilitação psicossocial. In: PITTA, A. M. F. (Org.). *Reabilitação psicossocial no Brasil*. São Paulo: Hucitec, 1996.
- KIRST, P. G. et al. Conhecimento e cartografia: tempestade de possíveis. In: FONSECA, T. M. G.; KIRST, P. G. (Org.). *Cartografias e devires*. Porto Alegre: UFRGS, 2003.
- LE BRETON, D. *A sociologia do corpo*. Petrópolis: Vozes, 2006.
- LEFEBVRE, H. *A revolução urbana*. Belo Horizonte: UFMG, 2002.
- OLIVEIRA, A. M. As cidades de Escher. *Arq Bras Psicol*, Rio de Janeiro, v. 22, n. 1, p. 14-22, 2003. Disponível em: <<http://seer.psicologia.ufrj.br/index.php/abp/article/view/3/4>>. Acesso em: 20 abr. 2012.
- OLIVEIRA, G. N. ; FURLAN, P. G. Co-produção de projetos coletivos e diferentes “olhares” sobre o território. In: CAMPOS, G. W. S.; GUERREIRO A. V. P. (Org.). *Manual de Práticas de Atenção Básica: saúde ampliada e compartilhada*. São Paulo: Hucitec, 2008, p. 247-272.
- ROLNIK, S. *Cartografia sentimental*. Porto Alegre: UFRGS, 2006.
- SANTOS, M.; ELIAS, D. *Metamorfoses do espaço habitado: fundamentos teóricos e metodológicos da geografia*. 5. ed. São Paulo: Hucitec, 1997.
- SCARCELLI, I. R. *Entre o hospício e a cidade: exclusão/inclusão social no campo da saúde mental*. 2002. 259 f. Tese (Doutorado em Psicologia Social) - Instituto de Psicologia, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2002.

Interfaces entre a política e a clínica na atenção aos usuários de substâncias psicoativas

*Patricia von Flach
Antonio Nery Filho*

ASPECTOS POLÍTICOS E LEGAIS

A partir do século XIX, de acordo com o contexto sociocultural de cada nação, a popularização do consumo de substâncias psicoativas trouxe impactos sociais e complicações à saúde, culminando em acordos e tratados internacionais e na elaboração de políticas públicas voltadas para a solução do problema, ainda que de forma restritiva e repressiva. (RIBEIRO; ARAÚJO, 2006) As atuais legislações e políticas sobre substâncias psicoativas, em grande parte dos países, trata o assunto de forma limitada.

Tanto nos tratados internacionais quanto nas legislações e políticas nacionais deles decorrentes, deixa-se de reconhecer os problemas suscitados pelo uso de psicoativos como produção cultural, ignorando-se a profunda heterogeneidade dos modos de consumo, das razões, crenças, valores, ritos, estilos de vida e visões de mundo que o sustentam. (MACRAE, 2001, p. 30)

O enfrentamento desta problemática coloca-se como exigência mundial uma vez que, segundo informações da Organização Mundial da Saúde, “cerca de 10% das populações dos centros urbanos de todo o mundo consomem abusivamente substâncias psicoativas, independentemente de idade, sexo, nível de instrução e poder aquisitivo.” (BRASIL, 2004, p. 5) Apesar dos dados epidemiológicos demonstrarem que a questão do consumo de álcool e outras substâncias psicoativas deve ser considerada enquanto problema de saúde pública, as intervenções destinadas aos usuários foram, historicamente, concebidas no âmbito da justiça. Essas intervenções tiveram o apoio da Psiquiatria para a sua legitimação e estavam mais implicadas com a repressão e o controle do uso de drogas no país. (MACHADO, 2006)

No Brasil, as primeiras medidas de tratamento relativas usuários de álcool e outras drogas não ocorreram no campo da saúde, mas sim no campo da justiça penal, nas ações de repressão às drogas no início do século XX, como a proibição da venda do ópio e da cocaína. Na década de 20, o decreto n. 14.969/1921 criou o Sanatório para Toxicômanos para internação compulsória. Já o Decreto-Lei n. 891 de 1938 criminalizou o porte de drogas ilícitas, desconsiderando a quantidade e/ou de se referir ao usuário ou traficante. Em 1970, observa-se uma revisão das leis brasileiras em relação à prevenção/repressão das drogas ilícitas e posterior conclamação de toda a população para o combate às drogas. Ainda nesta década, o usuário é reconhecido como doente e o hospital psiquiátrico como locus primeiro de tratamento. (ALVES, 2009)

Na Lei n. 6.368/76 (BRASIL, 1976) que ficou conhecida como Lei de Tóxicos do Brasil, a prevenção e o tratamento aparecem como grande avanço. Contudo, nesta Lei o usuário de drogas ilícitas foi aproximado do modelo penal que considera o doente mental penalmente irresponsável, posto que deva ser periciado e, se constatada sua dependência (doença), encaminhado para tratamento em hospital psiquiátrico, preferencialmente judiciário. Além disso, a prevenção é considerada um dever de toda a sociedade sujeitando a sanções os segmentos organizados

que se descuidem desta tarefa, colocando o assim chamado problema das drogas como de segurança nacional. Este aspecto da Lei tornou-se letra morta por sua inviabilidade operacional. Essa Lei permaneceu vigente até agosto de 2006 quando foi substituída pela Lei n. 11.343. (BRASIL, 2006)

Nessa recente Lei, há maior ênfase no tratamento além de inaugurar as chamadas penas alternativas que consistem em prestação de serviços à comunidade antes da internação compulsória. Por outro lado a repressão, à produção não autorizada e ao tráfico teve as punições fortemente acentuadas. O texto legal, entretanto, não despenaliza o consumo de substâncias psicoativas ilegais assegurando aos magistrados a prerrogativa de decidir pelo tratamento enquanto punição. Por outro lado, a Lei careceu de distinguir claramente as diversas categorias de consumidores e suas relações com os produtos (por exemplo: experimentadores, eventuais e dependentes), e suas correlações com a saúde. Os debates sobre este tema têm sido intensos entre os profissionais de saúde, que têm recebido usuários infratores para tratamento, por determinação da justiça, o que coloca o cuidado à saúde como pena a ser cumprida.

No campo da política, por sua vez, é possível verificar que por quase todo o século XX as políticas públicas relacionadas à presente questão se concentraram em duas esferas: (1) os problemas de saúde, com propostas de medidas sanitaristas (pois a droga era vista como um vírus que ameaçava a sociedade) e assistenciais (internamento psiquiátrico compulsório); (2) os danos sociais, que exigiram a construção de instituições repressoras, tendo o arcabouço jurídico penal como legitimador. (RIBEIRO; ARAÚJO, 2006)

A atual Política Nacional sobre Drogas (BRASIL, 2005), aprovada em maio de 2005, destaca a redução da oferta e redução da demanda de drogas, utilizando como princípio a redução de danos, o que significa, de certa forma, uma mudança no discurso quanto ao ideal de uma sociedade abstinente das drogas, além de reiterar a importância da implementação de uma rede de atenção a usuários de álcool e outras drogas.

Já no campo da atenção à saúde dos usuários de álcool e outras drogas, o tema não vinha sendo priorizado pelo governo brasileiro. Quando o movimento da Reforma Sanitária atuou na luta pela saúde como direito de cidadania, não era apenas por uma questão de democracia, mas de considerar a saúde um direito de todos. Apesar dos importantes avanços a nível jurídico-legal neste campo, desde aí já se sabia que garantir o acesso às ações de saúde e ao sistema de atenção como um todo era o grande desafio numa sociedade onde a desigualdade e a exclusão social faz parte do cotidiano da maioria da sua população, situação esta agravada quando o olhar se volta para grupos historicamente marginalizados, estigmatizados e alvo de intervenções marcadas pela violência.

O modelo de atenção à saúde proposto pela Reforma Sanitária prever o abandono da lógica de atenção tradicional, verticalizada, centralizada e fragmentada para uma assistência à população mais humanizada, próxima da sua cultura e também mais eficiente e resolutiva “Princípios como territorialidade, vínculo, continuidade, planejamento local, promoção da saúde estão cada vez mais presentes nas pautas e agendas não só dos técnicos, como também dos movimentos sociais ligados ao setor.” (CAMPOS, 2003, p. 3)

O texto da Lei n. 10.216, de 6 de abril de 2001, marco legal da Reforma Psiquiátrica, corroborou com os princípios básicos do Sistema Único de Saúde garantindo aos usuários do sistema e dos serviços de Saúde Mental, incluindo os usuários de álcool e outras drogas, a universalidade de acesso em todos os níveis de assistência. Apenas em 2003 foi publicada a política do Ministério da Saúde para Atenção Integral a Usuários de Álcool e outras Drogas. Neste documento foi reconhecida a necessidade de superar o atraso histórico dessa responsabilidade do Sistema Único de Saúde (SUS), assumindo-se o compromisso de prevenir, tratar e reabilitar os usuários de álcool e outras drogas, decisão esta que atende as recomendações da III Conferência Nacional de Saúde Mental, ocorrida em dezembro de 2001. (BRASIL, 2004)

A referida política propõe a criação de uma rede de atenção integral a usuários de álcool e outras drogas no SUS, com ações de prevenção, promoção e proteção à saúde; a implantação de centros assistenciais especializados – Centros de Atenção Psicossocial álcool/drogas – CAPSad, e não especializados, articulação com as unidades básicas de saúde e os programas de saúde da família, leitos em hospitais gerais, bem como o desenvolvimento da interdisciplinaridade e interssetorialidade. (BRASIL, 2004) Na IV Conferência Nacional de Saúde Mental (2010), a Coordenação Nacional de Saúde Mental anunciou financiamentos para implantação das Casas de Acolhimento Transitório para usuários de álcool e outras drogas (CAT) e incentivos para criação de Pontos de Acolhimento.

É importante considerar que, se o consumo de drogas ocorre na comunidade, este é o campo por excelência de intervenção e o lócus de maior efetividade das práticas de promoção da saúde, prevenção e redução de danos possíveis e consequentes a esse uso. Mas nem sempre a intervenção nos diversos espaços de vida dos usuários é tranquila; esta pode ser permeada por conflitos e interesses contraditórios de grupos que se enfrentam em diversas situações e espaços seja ideologicamente, seja no cotidiano das práticas de saúde.

Nesse processo o fator econômico não pode ser desconsiderado sendo necessário indicar que os agentes econômicos utilizam-se dos meios ao seu alcance, principalmente a mídia, para construir um imaginário social que atenda aos seus interesses em relação as drogas. Podemos verificar que ao lado da proibição do uso de determinadas substâncias químicas há uma permissividade e incentivo a outras tantas. Por outro lado, deve-se mencionar toda a economia clandestina gerada pela ilegalidade de alguns produtos e a evidente violência associada à luta pelo controle de sua produção e tráfico. Este seria o principal argumento para a legalização irrestrita das substâncias ilícitas, possibilitando ao Estado a fiscalização da produção e do comércio, associando-se outros aspectos como a educação para a saúde, melhor abordagem pela mídia (informação científica

em lugar de exploração demonizada e sensacionalista), melhor formação dos profissionais da saúde sobre este tema, por exemplo.

DESAFIOS NA ATENÇÃO À SAÚDE DOS USUÁRIOS DE ÁLCOOL E OUTRAS DROGAS

É possível verificar que no decorrer da história, ainda que de forma secundária e em detrimento das atividades de repressão, as ações de saúde têm sido referenciadas e recomendadas pelas leis e políticas brasileiras o que não significa que as propostas contidas nesses textos sejam seguidas na íntegra pelos atores responsáveis por sua aplicação. A história tem demonstrado que apenas a elaboração de políticas públicas e leis não garantem a sua efetiva implementação, reafirmando a necessidade do envolvimento de toda a sociedade de forma a garantir a democracia dos espaços decisórios. Neste ponto, cabe discutir alguns impasses relativos ao cuidado à saúde dos usuários de álcool e outras drogas que comprometem a implementação da referida política. Um primeiro ponto a ser considerado refere-se a negação do acesso dessa população ao sistema de saúde como um todo, o que, por sua vez, tem sido uma das formas mais presentes e violentas de negação do direito de atenção à saúde dos usuários de álcool e outras drogas. É possível afirmar que o estigma e preconceito associado ao usuário de álcool e outras drogas, construído historicamente e fortemente presente no imaginário social, tem dificultado esse acesso, segundo relato dos próprios usuários: vivência de situações de destrato, solicitação de segurança para acompanhar o atendimento, exigência de documento de identidade e/ou comprovante de residência como condição de inclusão no serviço. Essas práticas funcionam como barreiras na adesão ao tratamento.

Ainda em relação a este ponto é preciso refletir: se é supostamente sabido que apenas uma pequena parcela dos usuários de substâncias

psicoativas chegam aos serviços de saúde e que, dos que chegam, a adesão ao tratamento é muito baixa, de que acesso estamos falando? Não basta que estes serviços funcionem como uma rede substitutiva de apoio e suporte social numa sociedade que ainda estigmatiza, reproduzindo a violência da exclusão, ainda que em nome da almejada inclusão. É importante atentar que não importa simplesmente que as pessoas sejam recebidas pelos serviços, mas que estes serviços e as equipes de saúde promovam realmente o tratamento e a inclusão social dos usuários.

Os profissionais da saúde têm investido no desenvolvimento de técnicas e tecnologias em saúde, novas teorias são construídas, medicamentos são formulados como resposta quase milagrosa e – é preciso admitir – nesse processo incessante, por vezes esquecemos de olhar o usuário e escutar o que ele tem a dizer, ir ao seu encontro (onde ele está), valorizar seu saber sobre sua saúde ou doença e sobre sua vida. Importa trabalhar no sentido de tornar este encontro um encontro de saberes, de subjetividades que dialogam e trocam informações, na tentativa de construir uma resposta técnico-assistencial humanizada e sensível ao problema apresentado.

É preciso não perder a direção da clínica, da atenção, do cuidado com o sujeito não no sentido da abstinência ou erradicação do sintoma, mas, antes, de compreendê-lo em sua singularidade, considerando sim, sua dimensão psíquica e biológica tanto quanto a dimensão social. A atenção a que nos referimos é direcionada para um sujeito em sofrimento e tudo que o constitui – sua rede social, suas inter-relações cotidianas – faz parte do campo terapêutico.

Neste sentido, vale a citação de Bezerra (2001, p. 141-142):

Fazer clínica não é lidar apenas com a interioridade psicológica do sujeito, mas lidar com a rede de subjetividade que o envolve, o que implica não apenas nessa interioridade, mas em todas as formas de estímulo que no campo da alteridade se apresentam para o sujeito, como causa de sua ação, ou seja, teremos uma idéia precisa da importância da noção de clínica ampliada,

teremos uma idéia precisa do quanto pensar clínica é pensar em instrumentos, settings, modalidades de intervenção com objetos, com palavras, com silêncios, mas que produzam e provoquem reações que apontem para uma purificação da capacidade daquele sujeito ordenar suas práticas psíquicas, suas práticas sociais, de modo mais criativo.

Para constituir essa clínica ampliada, integral e inclusiva é necessário que esse sujeito representado por uma série de significantes fale (por assim dizer), e, através desse ato, desvende o sofrimento que seu sintoma indica. A escuta que essa fala implica considera as suas idiossincrasias e acolhe diferentes possibilidades e espaços de subjetivação. O que torna essa clínica terapêutica é justamente a perspectiva de construir, diante do inusitado que se apresenta, novas formas de lidar com a dor e de estabelecer relações com o mundo e com a substância psicoativa que é significada e transformada em droga a partir da simbolização que assume para esse sujeito. Símbolo que viabiliza a comunicação consigo e com o mundo de forma única. (FLACH, 2010)

As noções de rede e território precisam ser amplamente utilizadas nesta clínica uma vez que são centrais no processo de mudança psíquica e social dos usuários destes serviços. Propõem que a atenção deve acontecer no espaço em que o sujeito vive de forma a mediatizar as interações/relações com a sociedade. O território é o espaço onde está a vida, as relações afetivas, o trabalho, as alegrias, o sofrimento, as possibilidades e impossibilidades. As redes constituem os territórios e devem ser pensados como laços, que são feitos e desfeitos a partir das necessidades de determinado usuário. As redes não são apenas as instituições, mas, sobretudo, as pessoas que estão dentro e fora desta e que fazem parte do contexto relacional deste sujeito, direta ou indiretamente. É neste e apenas neste sentido que podemos entender que:

Reabilitação Psicossocial é fundamentalmente um processo de remoção de barreiras. De barreiras que impedem a plena inte-

gração de um indivíduo na sua comunidade e de barreiras que impedem o pleno exercício de seus direitos, da sua cidadania. (BERTOLOTE, 2001, p. 156)

Então, essa clínica que abre portas na perspectiva da universalidade e da equidade e que busca constituir espaços mais democráticos de saúde não pode estar restrita a um espaço geográfico, mas acontece onde está o sujeito, seja no CAPSad, na rua, na casa, na comunidade, no hospital etc. É uma clínica cujos limites são fornecidos por esse sujeito que nos indica até onde podemos ou devemos ir, a hora de chegar e de sair, de falar ou calar. É uma clínica que tem por condição a integralidade que se constrói e desconstrói a cada momento. Mudar o dia a dia dos serviços, constituindo verdadeiros espaços de inclusão, acolhimento, proteção e proliferação da vida é um desafio ainda por conquistar.

A integralidade, tal como concebida pela Reforma Sanitária, pode ser entendida considerando-se quatro perspectivas:

1) como integração das ações de promoção, proteção, recuperação e reabilitação da saúde, compondo níveis de prevenção primária, secundária e terciária; 2) como forma de atuação profissional abrangendo as dimensões biológicas, psicológicas e sociais; 3) como garantia da continuidade da atenção nos distintos níveis de complexidade do sistema de serviços de saúde; 4) como articulação de um conjunto de políticas públicas vinculadas a uma totalidade de projetos de mudanças (Reforma Urbana, Reforma Agrária etc...) que incidissem sobre as condições de vida, determinantes da saúde e dos riscos de adoecimento, mediante ação intersetorial. (PAIM, 2008, p. 552)

Aqui, a integralidade pressupõe a interdisciplinaridade, que, por sua vez, resgata a unidade do saber ao propor uma reaproximação das disciplinas para o trabalho coletivo e solidário, como resposta à tendência de fragmentação do saber e das próprias relações técnicas e sociais.

Propõe revisitar o saber/fazer em um nível em que a cooperação entre as diversas disciplinas conduza a trocas de tal forma que, no final do processo interativo, cada campo saia enriquecido e modificado, pois que a interdisciplinaridade é uma tarefa que se concretiza entre as disciplinas que se constroem ao tempo que constroem o mundo. (JAPIASSÚ, 1976)

A integralidade – e a interdisciplinaridade – na clínica com usuários de álcool e outras drogas, só pode ser construída a partir da horizontalização das relações de poder entre os campos implicados. Nesse sentido, requer a existência de espaços de construção coletiva das atividades e mecanismos de interação entre o saber científico e o popular com vistas a socialização dos saberes, funcionando democraticamente, envolvendo os usuários no processo de discussão e organização do trabalho para a saúde. Aqui, o profissional, além de ser um facilitador das trocas interativas, age clarificando e sistematizando o conhecimento em circulação, ao tempo em que contribui com novas informações advindas do seu próprio saber.

É importante perceber que a lógica manicomialista não comporta este tipo de atitude interdisciplinar, da mesma forma que a proposta da reforma psiquiátrica não comporta uma prática centrada na especialização e fragmentação do saber/fazer. A mudança do modelo de atenção a usuários de álcool e outras drogas exige o envolvimento e o conhecimento circulante dos diversos setores da saúde e para além deles, garantindo a troca, o diálogo e um certo atravessamento entre os saberes acumulado sem cada núcleo de modo a construir novos olhares, novas tecnologias de intervenção, uma nova sociedade. (BRASIL, 2004)

PARTICIPAÇÃO SOCIAL: uma saída possível aos desafios clínicos e políticos?

A estrutura e processo decisório básico da política de Saúde Mental no Brasil e da política de álcool e outras drogas segue o modelo do SUS,

estruturado e descentralizado a partir da divisão de competências entre as três esferas da federação, ao tempo em que é unificada nacionalmente para elaboração de estratégias, implementação de planos e programas, através de: a) Mecanismos de participação e controle social, representados pelos conselhos de saúde; b) Mecanismos de formação de vontade política – as conferências de saúde e de saúde mental que colocam gestores e atores sociais em interação. Esses são locais de discussão e formação de estratégias que orientarão as políticas nos anos posteriores. A presente política atende as deliberações da III Conferência Nacional de Saúde Mental (BRASIL, 2002); c) Mecanismos de pactuação e negociação entre os entes governamentais. Aqui, as arenas de negociação são os consórcios de saúde entre os gestores municipais; as comissões intergestoras bipartites e tripartite, onde participam o gestor nacional e os representantes dos gestores estaduais e municipais. Nessas instâncias a sociedade civil não possui capacidade decisória, apenas nos conselhos e conferências de saúde. (SCOREL; MOREIRA, 2008)

Também a Política de Atenção Integral a Usuários de Álcool e outras Drogas do Ministério da Saúde reafirma, claramente, que a construção de políticas implica numa construção coletiva:

Quanto ao controle social dos danos à saúde relacionados ao uso do álcool, deve ser fomentado o debate público em várias instâncias de modo a viabilizar o controle social sobre os danos à saúde e relacionados ao consumo de bebidas alcoólicas. (BRASIL, 2004, p. 21)

É importante atentar que a implementação da política de álcool e outras drogas é uma construção cotidiana que envolve mais que os embates políticos que ocorrem nas arenas oficiais. Os diversos grupos e atores envolvidos, com seus interesses, ideologias e culturas diversificadas podem e precisam organizar-se e posicionar-se de modo a interferir – para além dos canais formais de negociação – na tomada de decisões institucionais.

Esse processo impulsiona a redefinição e produção de significados e significantes sociais, gerando novos conceitos e formas de percepção socioculturais que podem produzir impactos diversos na vida social.

A política de álcool e drogas convoca a participação da população, fortalecendo a esfera pública, incitando a participação e controle social, a autonomia dos sujeitos e o exercício dos direitos sociais de sujeitos cidadãos.

As articulações com a sociedade civil, movimentos sindicais, associações e organizações comunitárias e universidades, são fundamentais para a elaboração de planos estratégicos dos estados e municípios, ampliando-se significativamente a cobertura das ações dirigidas a populações de difícil acesso. Tais articulações constituem-se em instrumentos fundamentais de defesa e promoção de direitos (advocacy) e de controle social. (BRASIL, 2004, p. 28)

Neste sentido, é fundamental impulsionar a apropriação da população nas questões referentes ao consumo de álcool e outras drogas, levando para o território a problemática, co-rresponsabilizando a população no processo de construção de estratégias e ações para lidar com a questão, o que, por sua vez, torna os cidadãos mais responsáveis, mais críticos, mais ativos e participativos na comunidade de que fazem parte.

É importante atentar que o discurso da droga como ameaça à humanidade, identificadas como um mal em si e o ideal de construção de uma sociedade sem drogas foram bastante disseminados e continuam fortemente presentes na nossa sociedade. Por outro lado, a omissão em relação ao consumo de substâncias lícitas como o álcool e tabaco, hoje considerados problemas de saúde pública demonstram como a produção e divulgação de informações sustentam um modelo cultural, social, econômico e de saúde a ser superado.

Se as informações científicas assumem um status de verdade incontestável, interferindo nas relações de trabalho, nas práticas de saúde, nos

relacionamentos familiares e sociais, a Comunicação em Saúde é uma importante estratégia para divulgação de informações que possibilitem a construção de novos valores e de outra ética na atenção aos usuários de álcool e outras drogas. Mesmo considerando que a informação por si só não tem potencial transformador, é preciso reconhecer que pode ser veículo, no processo educativo, para discussões mais críticas sobre o tema e que contribuam para o uso responsável do álcool e a construção de controles sociais através da efetiva participação da comunidade.

As respostas da população em geral, dos profissionais, da mídia, dos formuladores de políticas e dos políticos devem refletir os melhores conhecimentos disponíveis. Campanhas de educação e sensibilização, bem organizadas, reduzem a discriminação e a estigmatização, e fomentam o uso dos serviços disponíveis. Desta forma, as atividades preventivas também devem ser orientadas ao fornecimento de informações e discussão dos problemas provocados pelo consumo do álcool, sempre tendo em mente a estratégia de redução de danos, tendo ainda como fundamento uma visão compreensiva do consumo do álcool como fenômeno social, e ao mesmo tempo individual. (BRASIL, 2004, p. 21)

Por fim, devemos considerar que os aspectos ideológicos e culturais e os interesses econômicos e políticos que perpassam a questão são diversos, criando uma correlação de forças e uma conjuntura às vezes favorável ou não a um investimento na direção proposta pelo SUS e pela Reforma Psiquiátrica. É neste sentido que as estratégias de participação popular e controle social propostas na política, na perspectiva de desenvolver práticas sociais que proporcionem amadurecimento político e cidadania, podem contribuir para que nessa correlação de forças o projeto ético- político defendido pela Reforma Psiquiátrica seja fortalecido e reafirmado.

O modelo de atenção proposto pela reforma psiquiátrica não corrobora mais com uma proposta de tratamento que desconsidera os sujeitos,

suas singularidades, seus desejos, seu sofrimento. Se antes era permitido ao Estado trancar os usuários em instituições totais, supostamente, em nome da defesa da sua saúde individual e familiar, hoje, a proposta de tratamento defendida pela política desconstrói estes espaços de exclusão e morte e propõe a construção coletiva de espaços de proliferação da vida. Se a implementação da política limita por um lado a intervenção autoritária do Estado na vida de sujeitos cidadãos, amplia sua atuação e compromisso no sentido da promoção da saúde, na garantia do acesso a serviços de atenção integral à saúde e a participação da população na construção e co-responsabilização da sua saúde.

CONCLUINDO (OU RECOMEÇANDO) COM A RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL EM SAÚDE MENTAL: possíveis contribuições, outras possibilidades

Um ator social importante, e que cada vez mais tem sido convocado a contribuir com as discussões e propostas em relação ao tema, são as Universidades. Na presente experiência, a implantação de residências multiprofissionais na área de saúde mental pode ser considerada como estratégia de fortalecimento e consolidação da Reforma Psiquiátrica. Representa a possibilidade de reflexão e o desenvolvimento de práticas e tecnologias de saúde em torno de intervenções/ações que permitam desatar nós e ampliar possibilidades de enfrentamento da realidade de desassistência e exclusão a que estão submetidos os usuários de álcool e outras drogas, em particular aqueles considerados dependentes e seus familiares.

A multidisciplinaridade da proposta inaugura a formação de profissionais qualificados para trabalhar de forma mais integrada, com troca efetiva de saberes e práticas. O questionamento constante dos exercícios profissionais – individuais e coletivos – no interior dos serviços,

e para além deles, possibilita um cuidado mais qualificado e resolutivo. Por outro lado, o olhar questionador do residente pode – para além do incômodo – ser causa de transformação na equipe, em geral assegurada pelo saber consolidado da/na prática, não raro, de muitos anos. Muitos residentes, guiados pelas preceptorias, abandonam o lugar de profissional em formação para assumir papéis relevantes na prática institucional.

O papel da residência no interior dos serviços torna-se ainda mais importante (e às vezes conflituoso) se pensarmos que a maioria dos profissionais de saúde que aí estão não foram formados adequadamente para a atuação na perspectiva proposta pelas Reformas Sanitária e Psiquiátrica. Esses profissionais podem e certamente vão resistir à presença questionadora e crítica dos residentes. O que as equipes em geral não percebem claramente é que também são formadas no decorrer deste processo. Em meio às crises e embates, somente possíveis entre profissionais implicados com o seu saber/fazer, os nós críticos vão se desfazendo e refazendo; refazendo e desfazendo... numa espiral transformadora que pode lembrar a alguns a repetição/transformada do Boléro de Ravel.

Podemos retornar, para concluir, à Política Brasileira:

Se nas práticas de saúde nosso compromisso ético é o da defesa da vida, temos de nos colocar na condição de acolhimento, em que cada vida se expressará de uma maneira singular, mas também em que cada vida é expressão da história de muitas vidas, de um coletivo. Não podemos nos afastar deste intrincado ponto onde as vidas, em seu processo de expansão, muitas vezes sucumbem ao aprisionamento, perdem-se de seu movimento de abertura e precisam, para desviar do rumo muitas vezes visto como inexorável no uso de drogas, de novos agenciamentos e outras construções. (BRASIL, 2004, p. 10)

Referências

ALVES, V. S. *Modelo de atenção à saúde de usuários de álcool e outras drogas no Contexto do Centro de Atenção Psicossocial – CAPSad*. 2009. 395f. Tese (Doutorado em Saúde Pública) - Instituto de Saúde Coletiva, Universidade Federal da Bahia, Salvador, 2009.

BERTOLETE, J. M. Em busca de uma identidade para a Reabilitação Psicossocial In: PITTA, A. (Org.). *Reabilitação psicossocial no Brasil*. São Paulo: Hucitec, 2001.

BEZERRA, B. A clínica e a reabilitação psicossocial. In: PITTA, A. (Org.). *Reabilitação psicossocial no Brasil*. São Paulo: Hucitec, 2001.

BRASIL. Decreto n. 14.969, de 3 de setembro de 1921. Aprova o regulamento para a entrada no país das substâncias tóxicas, penalidades impostas aos contraventores e sanatório para toxicômanos. Disponível em: <<http://www2.camara.gov.br/legin/fed/decret/1920-1929/decreto-14969-3-setembro-1921-498564-publicacaooriginal-1-pe.html>>. Acesso em: 23 abr. 2012.

BRASIL. Decreto-lei n. 891, de 25 de novembro de 1938. Aprova a Lei de Fiscalização de Entorpecentes. Disponível em: <https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto-lei/1937-1946/del0891.htm>. Acesso em: 23 abr. 2012.

BRASIL. Gabinete de Segurança Institucional. Resolução n. 3/GSIPR/CH/CONAD, de 27 de outubro de 2005. Aprova a Política Nacional Sobre Drogas. Disponível em: <<http://www.obid.senad.gov.br/portais/OBID/biblioteca/documentos/Legislacao/326979.pdf>>. Acesso em: 23 abr. 2012.

BRASIL. Lei n. 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] República do Brasil, Poder Executivo, Brasília, DF, 24 ago. 2006.

BRASIL. Lei n. 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 do Brasil, Poder Executivo, Brasília, DF, 22 out. 1976.

BRASIL. Lei n. 10.216, de 6 de abril de 2001. Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Leis/LEIS_2001/L10216.htm>. Acesso em: 23 abr. 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. *A Política do Ministério da Saúde para atenção integral a usuários de álcool e outras drogas*. Coordenação Nacional de DST e Aids. Brasília, 2004. (Série B. Textos Básicos de Saúde). Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/pns_alcool_drogas.pdf>. Acesso em: 23 abr. 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Relatório Final da III Conferência Nacional de Saúde Mental*. Brasília: Conselho Nacional de Saúde, 2002.

CAMPOS, C. E. A. O desafio da Integralidade segundo as perspectivas da vigilância da saúde e da saúde da família. *Cadernos de Saúde Pública*, São Paulo, v. 8, n. 2, p. 569-584, 2003. Disponível em: <<http://www.scielo.org/pdf/csc/v8n2/a18v08n2.pdf>>. Acesso em: 23 abr. 2012.

SCOREL, S.; MOREIRA, M. R. Participação Social. In.: GIOVANELLA, L et al. (Org.). *Políticas e Sistema de Saúde no Brasil*. Rio de Janeiro: FIOCRUZ. 2008. p. 979-1010.

FLACH, P. M. *A implementação da Política de Atenção Integral a usuários de álcool e outras drogas no Estado da Bahia*. 159f. 2010. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) - Instituto de Saúde Coletiva, Universidade Federal da Bahia, Salvador, 2010.

JAPIASSÚ, H. *Interdisciplinaridade e patologia do saber*. Rio de Janeiro: Imago, 1976.

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. Antropologia: aspectos sociais, culturais e ritualísticos. In: SEIBEL, S. D.; TOSCANO, A. (Org.). *Dependência de drogas*. São Paulo: Atheneu, 2001.

PAIM, J. S. Modelos de atenção á saúde no Brasil. In: GIOVANELLA, L. (Org.). *Políticas e sistema de saúde no Brasil*. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2008.

RIBEIRO, M.; ARAÚJO, M. Política mundial de drogas ilícitas: uma reflexão histórica. In: SILVEIRA, D. X.; MOREIRA, F. G. (Org.). *Panorama atual de drogas e dependências*. São Paulo: Atheneu, 2006. p. 457-468.

SARACENO, B. *Libertando identidades: da reabilitação psicossocial à cidadania possível*. Rio de Janeiro: Te Corá, 2001.

A redução de danos aplicada ao tratamento da drogadição

relato de experiências bem sucedidas
no CAPSad de Salvador

Adriana Prates

(Dedicado a Jessé e Maurice)

INTRODUÇÃO

Este capítulo objetiva avaliar como a lógica da Redução de Danos (RD) costumeiramente ligada à prevenção, pode ser também aplicada ao tratamento da drogadição, o que ilustra através do percurso de um usuário de substâncias psicoativas que realizou tratamento no então único Centro de Atenção Psicossocial Álcool e outras Drogas (CAPSad) de Salvador - Bahia, dispositivo do Sistema Único de Saúde (SUS) que constitui uma alternativa ao paradigma da abstinência e ao tratamento manicomial, dedicando especial atenção à questão da cidadania dos usuários. O texto procura ressaltar o fato que o uso da perspectiva da RD no tratamento da drogadição é uma proposta adequada ao contexto de atenção à saúde mental inaugurado pela Reforma Psiquiátrica Brasileira. Busca também, complexificar a noção de eficácia desse tratamento, através do questio-

namento do significado deste termo: em tal seara, o que costuma ser considerado sucesso e por que razões?

A constatação de que o consumo abusivo de álcool e outras drogas constitui grave problema de saúde pública favoreceu o reconhecimento, por parte das autoridades brasileiras, da necessidade de um enfrentamento da questão que não ficasse restrito à adoção de medidas repressivas ao consumo ou em prol da redução da oferta, mas que contemplasse os aspectos da saúde. Neste sentido, em conformidade com o artigo 196 da Constituição de 1988, que define a saúde como “direito de todos e dever do Estado” (BRASIL, 2013, p. 33), e também com os princípios de universalidade, integralidade e equidade do SUS, a Portaria n. 816/GM/MS, de 30 de abril de 2002 (BRASIL, 2002b) instituiu o Programa Nacional de Atenção Comunitária Integrada a Usuários de Álcool e Outras Drogas, documento em que está expressa a intenção oficial de implantação de uma rede de serviços extra-hospitalares em benefício desses indivíduos, articulada à rede de atenção psicossocial.

Na introdução do documento do Ministério da Saúde intitulado Política para a Atenção Integral ao Uso de Álcool e Outras Drogas, o então ministro Humberto Costa afirma que:

[...] a oferta de cuidados a pessoas que apresentem problemas decorrentes do uso de álcool e outras drogas deve ser baseada em dispositivos extra-hospitalares de atenção psicossocial especializada, devidamente articulados à rede assistencial em saúde mental e ao restante da rede de saúde. Tais dispositivos devem fazer uso deliberado e eficaz dos conceitos de território e rede, bem como da lógica ampliada de redução de danos, realizando uma procura ativa e sistemática das necessidades a serem atendidas, de forma integrada ao meio cultural e à comunidade em que estão inseridos, e de acordo com os princípios da Reforma Psiquiátrica. (BRASIL, 2003, p. 6)

As orientações constantes no documento em questão buscam atender aos desígnios da Reforma Psiquiátrica, preconizando a substituição da forma de assistência característica do modelo manicomial por dispositivos extra-hospitalares de atenção, os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) especializados na temática do álcool e outras drogas – os CAPSad.

O documento citado também define a Redução de Danos (RD) como estratégia adotada pelo SUS na promoção da saúde e tratamento dos usuários de álcool e outras drogas que desenvolvem um padrão de consumo que reconhecem como prejudicial à saúde.

A REDUÇÃO DE DANOS

Sobre a RD, diz Andrade (2004, p. 83) que esta pode ser definida como “ações que visam minimizar riscos e danos da natureza biológica, psicossocial e econômica provocados ou secundários ao uso/abuso de drogas, sem necessariamente requerer a redução de consumo de tais substâncias”. O autor explica que tais ações são orientadas por três princípios básicos: o pragmatismo, a tolerância e a diversidade. Pragmatismo por conta de seus objetivos claros de prevenção de doenças, que, mesmo quando contestados à luz da moral, religião ou do preconceito, mantém-se firme na qualidade de prática de saúde pública. A tolerância é o princípio do respeito ao direito dos usuários de consumirem drogas, e a diversidade ocorre por conta das diferentes práticas de RD em função da multiplicidade dos usuários, das formas de usos e de compreensão desses usos. Vale acrescentar ainda o humanismo, pois, segundo Mordelet (2002, p. 70), a RD “parte do princípio de que o usuário de drogas é antes de tudo um sujeito de direito e uma pessoa em si, isto quer dizer um cidadão, detentor de direitos e do poder de agir”.

Ainda segundo Mordelet (2002), a evolução da RD nos países ocidentais é notável desde o final dos anos 1980, especialmente por conta da

epidemia de AIDS, uma vez que a análise dos meios de disseminação do HIV mostrava os Usuários de Drogas Injetáveis (UDI) como constituindo um dos principais vetores de contaminação. Vale ressaltar que há quem defina que tal estratégia se originou já na década de 1920, com a recomendação do *Relatório Rolleston* (Grã-Bretanha, parcialmente transformado em lei em 1926) “da prescrição de opiáceos por profissionais de saúde com o objetivo de possibilitar ao usuário desta droga uma vida mais estável e mais útil à sociedade.” (QUEIROZ, 2001, p. 11)

Quer tenha se originado na década de 20 ou de 80 do século passado, é certo que a organização sistemática de programas de RD se desenvolveu, efetivamente, no cenário de propagação da contaminação pelo HIV, contexto que munuiu usuários de substâncias psicoativas (SPAs) europeus – que tomaram parte ativa no processo de imposição da RD como estratégia de saúde – e demais defensores da RD de argumentos fortes o suficiente para convencer as autoridades sanitárias da necessidade de apoiar iniciativas relacionadas.

Com o tempo, e motivada pelas ações da população interessada, a perspectiva da RD foi se consolidando na arena oficial, estimulando a ruptura com a lógica da exclusão dos usuários de drogas da seara da cidadania, até porque esses constituíram parte ativa do processo de imposição e consolidação desta abordagem. Justificativas de caráter sanitário, deste modo, acabaram por favorecer uma importante reflexão de ordem sócio-política, pois um dos maiores obstáculos da assistência aos indivíduos que apresentam problemas relacionados com o uso de SPAs é o preconceito e a discriminação, o que faz com que aspectos de ordem moral ou jurídico-policial predominem sobre a dimensão da saúde.

A iniciativa de construir uma política realista de atenção a usuários de SPAs deve buscar promover a relativização desta visão, porque esta, na prática, favorece apenas uma única forma de intervenção em nível de saúde, que vem a ser o modo asilar – incompatível com os objetivos da Reforma Psiquiátrica. (BRASIL, 2002a) A RD acaba se tornando uma proposta pertinente neste contexto, por ser uma estratégia que permite

contemplar os compromissos do SUS em relação à atenção integral, cidadania, consideração da individualidade e cooperação, priorizando a defesa da vida, e não a defesa de uma determinada visão de mundo, que se impõe mais por questões políticas do que de saúde. A proposta de aplicar terapêuticamente a RD, porém, representa uma mudança paradigmática considerável, muitas vezes incompreendida, seja pela sociedade em geral, seja por boa parte dos profissionais de saúde ou até mesmo pelos usuários de SPAs que estejam, mesmo eles, ainda presos ao imaginário demoníaco em relação às SPAs: o da visão das drogas como um mal em si, sem levar em consideração elementos contextuais e históricos.

O CAPSad

Oficialmente, os CAPS foram criados pela portaria GM/MS 224/92, sendo atualmente regulamentados pela portaria 336 GM de 19 de fevereiro de 2002. (BRASIL, 2002a) São especificadas as modalidades de CAPS e suas atribuições, caracterizando desde a forma de assistência a ser prestada até o modo de funcionamento, recursos humanos, horários, etc.

Em Salvador, o primeiro CAPSad foi implantado em 12 de julho de 2004 “como parte de uma estratégia da política estadual de saúde mental que previa a criação de três CAPS docente-assistenciais no município de Salvador.” (ALVES, 2009, p. 111) Justamente por ser, além de assistencial, docente, constitui-se como um dos campos da Residência Multiprofissional em Saúde Coletiva com Área de Concentração em Saúde Mental, do Instituto de Saúde Coletiva da Universidade Federal da Bahia (ISC-U-FBA). Foi na qualidade de Residente deste Programa que a autora deste artigo esteve imersa na rotina da instituição por um período de cinco meses – entre fevereiro e julho de 2008 – oportunidade em que coletou as informações aqui exibidas, através da observação e participação em

diversas atividades, e da realização de entrevistas formais e informais, com usuários do serviço, técnicos e familiares.

Em relação ao perfil dos usuários, um estudo realizado em dezembro de 2006 mostra a predominância, desde a inauguração até aquela data, de indivíduos do sexo masculino, situando-se na faixa etária entre 30 a 39 anos. Essas pessoas identificaram-se, em sua maioria, como solteiras, católicas e com escolaridade de Ensino Médio completo. Uma grande diversidade de ocupações foi registrada, com destaque para a situação de desempregado e biscateiro. Em relação ao aspecto do uso de SPAs, os dados coletados apontaram o predomínio da condição de poliusuários com destaque para o consumo de álcool e tabaco. O crack e a maconha apresentaram-se com maior índice de consumo dentre as drogas ilícitas. Vale ressaltar que a observação constante do funcionamento do CAPSad no período em questão – assim como posteriormente, de modo intermitente – permite comprovar a pertinência de tais resultados.

Quando um indivíduo busca o CAPSad pela primeira vez, ele recebe um esclarecimento sobre a forma de assistência oferecida pela instituição, especialmente sobre a utilização da estratégia da Redução de Danos, para que entenda que existem pessoas que lá estão em tratamento mas continuam usando SPAs.¹ Previsivelmente, muitos consideram incompatível o fato de estar em tratamento e ao mesmo tempo, fazer uso de SPAs, pois se a RD já enfrenta controvérsias quando aplicada ao plano da prevenção, a proposta de aplicá-la ao tratamento soa, para muitas pessoas, como aberração. No entanto, como será visto mais à frente, aqueles que conseguem contextualizar os aspectos morais e parametrar sua compreensão da RD através da idéia de atenção integral – que pressupõe uma visão holística do indivíduo, concebendo a saúde não como

1 Existem vários usuários em tratamento no CAPSad que fizeram a opção da abstinência e são, da mesma forma, apoiados em seu tratamento. No CAPSad se costuma dizer que a equipe trabalha com o desejo do usuário. Em tempo: a RD não se opõe à abstinência, tratando-se apenas de uma proposta que permite oferecer tratamento para aqueles que não conseguem ou não querem parar de usar SPAs.

ausência de doenças ou algo restrito ao corpo – consegue vislumbrar os ganhos, em termos mais gerais, que a RD pode trazer tanto para o indivíduo quanto para a coletividade.

Participando dos acolhimentos, foi possível observar que quem busca tratamento no CAPSad chega, geralmente, relatando dívidas, rompimento de vínculos importantes, perda de emprego, associação com criminalidade, exposição sistemática a riscos e situações de violência, episódios de tratamento em hospitais psiquiátricos e/ou casas de recuperação. A maioria dessas pessoas costuma chegar enfatizando o poder das SPAs sobre si e relatando coisas que, supostamente, a droga os levou a fazer, ou seja, de alguma maneira, se desresponsabilizando por suas atitudes, quando em uso de SPAs, ou até mesmo, em relação ao próprio uso de SPAs. Nos acolhimentos, oficinas e grupos, por exemplo, era comum ouvir frases como: *“a droga fez eu perder meu trabalho ou a droga fez eu perder a confiança da minha família.”* Em relação a este aspecto, foi extremamente marcante o acolhimento de um músico de cerca de 35 anos, que, como se falasse de uma mulher atraente, se referia ao crack da seguinte maneira: *“ela (a pedra, a quem disse chamar de Jade, por causa da cor) é muito poderosa.”* Ele também comparou o ato de fumar o crack a um beijo.

Embora nem todos os recém-chegados cujo acolhimento foi presenciado tenham sido tão expressivos quanto este, era de modo parecido que chegavam ao CAPSad muitos indivíduos em busca de tratamento: imbuídos da visão predominante no imaginário social mais amplo, em relação às SPAS, aos seus usuários e às opções de tratamento.

De maneira geral, a representação acerca do tratamento da drogadição pressupõe abstinência, reformulação moral e afastamento dos contextos de utilização de psicoativos. Esta é, geralmente, a proposta terapêutica de irmandades como Alcoólicos Anônimos (AA) e Narcóticos Anônimos (NA), assim como das comunidades geridas por organizações religiosas, clínicas privadas e da maioria dos Centros de Recuperação. Nesses últimos, costuma ser prescrito também um

confinamento. No CAPSad, não há reclusão ou mesmo uma programação de tratamento definida previamente. A condução de cada caso é definida individual e processualmente, de acordo com as demandas e necessidades de cada indivíduo, identificadas pelos técnicos do serviço em conjunto com o usuário. Familiares e outros significativos também podem participar da construção das estratégias de tratamento, sintetizadas por um Plano Terapêutico Individual (PTI), onde constam os grupos e oficinas pertencentes ao serviço das quais o usuário irá participar. É extremamente desejável a incorporação, no PTI, do uso de recursos e equipamentos comunitários. Atendimento individuais com psicólogo e psiquiatra também estão à disposição, se necessário.

O CONTEXTO DO ACOMPANHAMENTO SISTEMÁTICO

Como a proposta deste capítulo é falar sobre a RD aplicada ao tratamento da drogadição, as considerações teóricas aqui contidas serão ilustradas a partir do acompanhamento da trajetória de um usuário, especialmente através da sua participação na Oficina de Redução de Danos, que ocorria nas manhãs de segunda-feira, no horário de 10:30 às 12:00. Também foram realizadas observações, menos sistemáticas, em outras atividades das quais o usuário participava, efetuado exame do seu prontuário, além de entrevista e conversas informais.

No projeto terapêutico do CAPSad, datado de agosto de 2006, a Oficina de Redução de Danos está assim conceituada:

Embasada na lógica da redução de danos, esta oficina oferece um espaço de informação/orientação e reflexão sobre uso menos arriscado de drogas, a partir do qual o usuário possa construir formas mais protegidas de posicionar-se na relação com a droga. A metodologia privilegiada é à base de discussão de diferentes temáticas trazidas tanto pelo coordenador da oficina como pelos

participantes, como por exemplo: os diferentes tipos de uso de drogas, drogas e família, o carnaval, a redução de danos no abuso de drogas, drogas, violência e sexo, etc. (SALVADOR, 2006, p. 26)

A Oficina de Redução de Danos é uma atividade aberta,² que conta com uma média de 25 participantes por semana. É um espaço onde se discutem diversas questões, nem sempre ligadas diretamente à temática Álcool e outras Drogas (AD). No entanto, sempre que possível há uma complexificação do tema do uso das SPAs para além dos aspectos morais ou químicos, privilegiando aspectos relacionados à dimensão da escolha e da cidadania. Nesta atividade são abordados assuntos variados, desde as propriedades químicas e o impacto orgânico dos diferentes tipos de SPAs até o tema da violência e do tráfico, por exemplo. O coordenador da atividade, que costumava realizar uma reunião uma hora antes do início da atividade com a cocoordenação, para definir a condução do grupo naquele dia, sempre aproveitava os assuntos em destaque na mídia para motivar o diálogo, em uma tentativa de incentivar a ampliação dos âmbitos de interesse dos frequentadores para além do assunto drogas e do universo relacionado a essas. Como exemplo de temas discutidos na oficina, no período de observação, é possível citar: a proibição da Marcha da Maconha 2008; a implantação da Lei Seca; estratégias individuais utilizadas pelos frequentadores para conter a compulsão; a naturalização do uso de álcool; a Parada Gay de São Paulo (como exemplo de organização de minorias em prol do respeito aos seus direitos); entre outros. Esta oficina também proporciona aos participantes a oportunidade de falar abertamente sobre o uso de SPAs e sobre as estratégias que utilizam para realizar seu objetivo, seja ele reduzir, substituir ou ficar abstinente.

A leitura desta breve descrição, ou do texto constante no projeto terapêutico, não são, entretanto, suficientes para transmitir a riqueza que se

2 Ao contrário dos grupos, as atividades abertas não possuem número definido de participantes. Qualquer usuário pode se incorporar a qualquer momento.

revela no decorrer desta atividade, a qual, em boa parte, deve-se à forma como esta é conduzida por um senhor de cerca de 50 anos de idade e longos *dreadlocks* grisalhos, um profissional de nível médio que, além de possuir capacitação técnica sobre RD – adquirida através da frequência a diversos cursos promovidos por instituições como o Centro de Terapia do Abuso de Drogas (CETAD), em Salvador, por exemplo –, é pioneiro neste campo, no qual está inserido desde a década de 1990, ou seja, praticamente desde o início da implantação dos primeiros programas de RD na Bahia e no Brasil.

Líder comunitário, rastafári, morador de bairro popular e – para deleite de alguns e decepção de outros – torcedor do Bahia,³ o coordenador da Oficina de Redução de Danos manifesta, em suas atitudes, compreensão, mas também firmeza, para com os usuários. Alguns profissionais do serviço confidenciaram considerar que “este rapaz” (como o chamam) é quem, dentre os membros da equipe, possui um dos melhores manejos dos usuários. Além disso, a Oficina de Redução de Danos foi eleita, em avaliação interna realizada no primeiro semestre de 2008, como atividade preferida dos usuários. Ou seja, trata-se de um profissional avaliado positivamente tanto pelos profissionais quanto pelos usuários.

Através da observação semanal do modo como o coordenador conduzia a Oficina de Redução de Danos, das conversas mantidas antes de iniciar a atividade e durante o café da manhã que tomávamos juntos todas as segundas-feiras, puderam ser apreendidos os pressupostos que informam sua prática, sendo possível identificar alguns princípios de sua atuação. O principal deles é que este redutor de danos realmente procura olhar o indivíduo sem reduzi-lo ao seu problema: olhe a pessoa e esqueça a droga, disse ele em uma animada palestra, que acabou se transformando em debate, realizada em uma igreja batista, a pedido de um usuário. Outro pressuposto identificável é o de não se render

3 Time de futebol.

ao mito que paira no imaginário social em relação ao poder absoluto atribuído às SPAs.⁴

O coordenador da oficina em questão, em vez de manter o foco nas SPAs, está sempre enfatizando que, se existe problema, este se localiza no comportamento do indivíduo ou na relação que este estabelece com as SPAs e que o fato do problema existir não exime ninguém da responsabilidade em relação às suas decisões e ações. Sobre este aspecto, ele possui algumas tiradas (seu bom humor é também característico). Entre outras coisas, ele costuma dizer que nunca viu garrafa de bebida dirigindo automóvel e que, portanto, o álcool não pode ser responsabilizado por provocar acidentes.

Ele também busca trabalhar e incentivar a sociabilidade dos usuários. Neste sentido, sempre inicia a oficina perguntando o que os presentes fizeram no fim de semana e costuma relatar o que fez. Seu propósito, já declarou, é motivar os usuários a buscar lazer de outras formas que não através do uso de SPAs. Também costuma discorrer sobre o que está acontecendo no mundo, usando fatos dos noticiários e do cotidiano para fomentar discussões e reflexões, sempre com o intuito de provocar o interesse pelo que acontece ao seu redor, em indivíduos que têm suas vidas muitas vezes restringida ao circuito de uso de SPAs – em termos de companhias, locais, assuntos, etc.

A valorização da pessoa que certamente informa a prática deste profissional favorece também a elevação da autoestima dos indivíduos em tratamento, assim como a aquisição de uma consciência de cidadania, vez que muitos usuários vêm de uma trajetória de estigmatização e

4 Sobre este aspecto, é possível utilizar como exemplo rápido um texto publicado na edição de 19 de novembro de 2008 da revista *Veja*, publicação semanal amplamente lida e que se constitui em uma das principais fontes de informação e formação de opinião da classe média brasileira. O editorial da edição citada é finalizado com a seguinte frase: “*Veja [...] continua a cumprir seu papel de conscientizar os leitores do poder maligno dessas substâncias ilícitas que cancelam existências, arranham biografias, degradam cidades e comprometem o futuro de países inteiros.* Essa é a verdadeira visão politicamente correta.” (OS PÓS..., p. 12, grifo nosso)

isolamento social. É perceptível que muitos deles consideram, paradoxalmente, e a despeito de manifestarem insatisfação a respeito, que merecem as retaliações que, na condição de usuários de SPAs, sofrem. Neste sentido, o profissional sempre busca desnaturalizar a atuação violenta da polícia, por exemplo, evidenciando que não é lícito justificar prisões, espancamentos, e até mesmo assassinatos, com o argumento de que o agredido é usuário de SPAs. Seu discurso em relação à mídia é sempre crítico, especialmente quando se trata de certos programas policiais, amplamente assistidos pela clientela com perfil socioeconômico similar ao dos usuários do CAPSad, e assume tom eminentemente político quando propõe discutir temas como a legalização das SPAs, por exemplo, ou os direitos dos usuários de SPAs, evidenciando a necessidade de se organizar, assim como de honrar o princípio respeitar para ser respeitado.

Outro aspecto que merece destaque é a forma como ele aciona seu perfil,⁵ ou seja, suas experiências pessoais e seus atributos identitários – que incluem o fato de ser rastafári, amante do reggae, apreciador de futebol e, como a maioria dos frequentadores do CAPSad, morador de bairro popular, entre tantas outras coisas e casos que conta –, para criar empatia com os usuários. Extremamente carismático, sua atuação, assim como a atividade que coordena, mereceriam, na verdade, um artigo à parte. É bom frisar que tanta originalidade, entretanto, não impede que sua boa prática possa servir de modelo para outros profissionais.

5 Sobre a noção de perfil do profissional de saúde, ver Torrenté, Prates e Borges no capítulo “O lugar e o papel do cientista social nas equipes interdisciplinares em saúde mental” do presente livro.

A HISTÓRIA DE UM USUÁRIO E SUA TRAJETÓRIA NO CENTRO

Na história que vem a seguir, o destaque dado à Oficina de Redução de Danos deve-se ao fato desta ter proporcionado um contexto de acompanhamento sistemático do caso. É importante esclarecer que a trajetória bem sucedida deste usuário é fruto de um trabalho de equipe. Neste sentido, cabe lembrar que frequentou diversas atividades no CAPSad, recebendo também atendimento individual da parte de profissionais, a exemplo de seus técnicos de referência (ele teve dois, pois a primeira técnica saiu do serviço após algum tempo de tratamento), de uma psicóloga e da psiquiatra, beneficiando-se ainda do uso de medicamentos.

Paulo Henrique⁶ é um homem de estatura mediana, pele escura e cabelo liso, preto. Ele completou 45 anos em 2008 e reside em um imóvel deixado pelo pai, situado em um bairro popular de Salvador. Vive de bicos e possui uma companheira, de quem adotou a filha de três anos que, segundo ele, é deficiente mental. A história de Paulo Henrique no CAPSad começou no dia 14 de maio de 2007, quando buscou o serviço por iniciativa própria. Inicialmente, foi inserido na modalidade semi-intensiva de tratamento e tinha como atividades previstas no PTI as oficinas: de Redução de Danos, Mosaico (que posteriormente transformou-se em um Grupo de Gênero, direcionado aos homens) Cuidados com a Saúde, Prevenção DST/AIDS, Corpo e Letras; e os grupos: Projeto de Vida, Força de Expressão. Depois de algum tempo frequentando o CAPSad, Paulo Henrique recebeu autorização de sua primeira técnica de referência para ir ao serviço nos dias que não constavam em seu PTI, participando assim de mais atividades, tais como a Oficina de Jogos, a Oficina de Corpo e o Grupo Restauração.

Além de ter participado dessas atividades grupais, Paulo Henrique fez psicoterapia e acompanhamento psiquiátrico. Segundo seu prontuário,

6 Nome fictício.

tem usado as seguintes medicações: Diazepan, Fluoxetina e Risperidona e, depois de certo tempo, Amitriptilina, sendo-lhe atribuídos os CIDs (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 2008): F19.2 (Transtornos mentais e comportamentais devidos ao uso de múltiplas drogas e ao uso de outras substâncias psicoativas – Síndrome de dependência), F19.5 (Transtornos mentais e comportamentais devidos ao uso de múltiplas drogas e ao uso de outras substâncias psicoativas – Transtorno psicótico), F33 (Transtorno depressivo recorrente) e F40 (Transtornos fóbico-ansiosos).

Ele relatou o início precoce de uso de psicoativos e experiências com vários tipos de SPAs. Aos 9 anos, experimentou pela primeira vez álcool e maconha e, ao longo da vida, fez uso de várias substâncias, como as citadas e ainda: cocaína, Gluconergan (anabolizante de uso intravenoso, que injetava misturado com cocaína), Pambenyl (xarope que continha codeína, substância derivada do ópio, em sua fórmula), Rohypinol (benzodiazepínico cujo princípio é o Flunitrazepam, indutor do sono, com efeito anticonvulsivante e de relaxamento muscular) – que usava em associação com álcool (conhaque) –, além do crack.

Em entrevista gravada, Paulo Henrique contou que várias vezes esteve internado em casas de recuperação, assim como fez referência às inúmeras vezes em que foi preso e espancado pela polícia (disse ele em entrevista: *“eu não sabia que eu tinha direito de não ser tratado daquela maneira, entendeu?”*). Tendo feito a substituição das SPAs que usava por maconha, disse que naquele momento se sentia bem, por ter conseguido renovar a confiança dos familiares, reatar vínculos e voltar a estudar. Na época, ele ainda não havia obtido emprego formal, mas fazia biscates e com isso, segundo conta, tinha readquirido o respeito da vizinhança. Disse também que passou a conhecer seus direitos, tendo aprendido isso no CAPSad.

Sobre sua primeira participação na Oficina de Redução de Danos, falou do estranhamento que sentiu ao ouvir o coordenador pela primeira vez, por não entender o que era RD. Pensou que *“não era possível [...]”* *“Esse cara aí vai dizer que a gente pode fumar?”* *“Vim aqui pra quê?”* Ao final da atividade, contou, chamou o coordenador para perguntar se este não

sentia medo de colocar as pessoas em risco de recaída, por exemplo, ou se até mesmo não estaria estimulando o uso. Expressou que, após algum tempo de tratamento, começou a entender que o foco deste não poderia ser simplesmente a questão da droga, mas sim a promoção do bem estar do indivíduo, priorizando e buscando favorecer outra forma de compreensão do seu problema com o uso de SPAS. “*Ele [o coordenador] sempre fala, e é verdade [...] A droga tá lá [...] a gente usa [...] se a gente não for pegar, não usa*”. Paulo Henrique disse que “*via a droga de outra maneira [...] Eu achava que realmente droga não prestava [...] sei lá, que tudo que aconteceu em minha vida... sempre o que eu ouvia as pessoas falando era isso, entendeu, que era por causa da droga que eu era assim... [diziam:] `nunca se deu bem na vida por causa das drogas.*”

A primeira lembrança que tenho de Paulo Henrique foi a da sua participação na Oficina de Redução de Danos que ocorreu em 25 de fevereiro de 2008. Ele contava sobre um quadro televisivo no qual sistematicamente amassavam uma nota de dez reais, para evidenciar que, mesmo amassada e pisoteada, a nota mantinha o seu valor. Naquele momento, ele buscava fazer, claramente, uma analogia com a sua condição de discriminado. Sua colocação final foi bastante interessante: “*a gente não pode perder o valor, a gente não pode perder a identidade*”. Interessado e participativo, procurava sempre saber mais sobre o que era falado. Buscava oportunidades, tanto dentro do CAPS (pedindo, por exemplo, para frequentar atividades que não constavam no seu PTI) quanto fora. Neste sentido, matriculou-se em um curso de cidadania digital (computação) oferecido pelo Centro Social Urbano de Pernambués, assim como em um curso sobre cidadania oferecido pela Associação Metamorfose Ambulante de Familiares e Usuários do Sistema de Saúde Mental do Estado da Bahia (AMEA), episódio que considera transformador (conforme anotação em prontuário datada de 19 de maio de 2009).

O curso da AMEA, ocorrido no segundo semestre de 2008, foi, segundo Paulo Henrique, responsável por uma mudança profunda na sua vida: a descoberta da cidadania. Isto me remete à sua participação

no Grupo de Gênero, destinado somente aos homens, que ocorreu em 22 de agosto de 2008. O tema naquele dia foi a relação com as mulheres. Falando sobre como se sentiu na atividade inicial de relaxamento, que consistia em imaginar uma figura feminina, Paulo Henrique disse que buscou imaginar a mulher mais bonita que já tinha visto. Ela estava de costas, mas quando se virou, ele identificou a Justiça, de quem tentou tirar a venda...

Ele obteve alta clínica no dia 16 de junho de 2009. Entre seus planos para o futuro está, segundo falou em entrevista, além de comprar um novo par de óculos (quando conseguir dinheiro) para ter condições de retomar os estudos, o de auxiliar outras pessoas a conquistar e exercer a própria cidadania.

Examinando sites e folhetos de diversas clínicas de recuperação, cujos métodos de tratamento costumam envolver confinamento e abstinência, é frequente encontrar a reinserção social como um dos principais objetivos da recuperação. Assim como nas instituições de inspiração asilar, a reinserção é, obviamente, um dos objetivos do tratamento que é oferecido no CAPSad, mas o que a história de Paulo Henrique mostra é que a reinserção se constitui não somente como um objetivo do tratamento, mas também como um meio para favorecer a recuperação.

A reinserção social, que inclui retomada de vínculos e responsabilidades, aceitação social e oportunidade profissional, constitui, certamente, um dado extremamente importante na história de Paulo Henrique, que inclui também a construção de uma imagem mais positiva de si. A colaboração da RD em relação a este aspecto está na defesa da idéia do usuário de SPAs como sujeito de direitos, assim como de deveres. Como disse Paulo Henrique:

[...] é a pessoa exigir, certo, a sua cidadania, os seus direitos, né, junto à sociedade, junto ao governo e tal né, mas só que também, a gente também [...] a gente também [...] dá [...] ser cidadão também, entendeu? [...] cumprir com nossos deveres, hoje eu já sei disso [...] agora, daqui pra frente, eu vou tentar exercer minha cidadania, fazer, né, ser um cidadão, né, e eu acho

que o CAPS aqui também tá pra isso aí, né, pra fazer isso acontecer, né, suporte aí.

O caso de Paulo Henrique, além de ressaltar a importância do aspecto da cidadania no tratamento da drogadição, também serve como exemplo de alguém que encontrou uma alternativa, que não o recurso à abstinência (meta de difícil alcance para muitos usuários de SPAs) ao uso prejudicial de várias substâncias, incluindo o tão temido crack – que ele usou por cinco meses até conseguir fazer a substituição pela maconha, SPA com a qual consegue satisfazer seu desejo, ou necessidade, de experimentar estados alterados de consciência sem, no entanto, prejudicar outros aspectos de sua vida.

OUTRA TÉCNICA, OUTROS RELATOS E OUTRAS CONSIDERAÇÕES

Avaliando o decurso do tratamento da drogadição baseado na perspectiva da RD e contrastando-os com o que é considerado pelo senso comum como tratamento bem sucedido (geralmente o alcance da abstinência), as questões ideológicas envolvidas no processo aparecem. Neste sentido, cabe esclarecer que relatar a história de Paulo Henrique não se destina, de modo algum, a defender a tese de que a maconha é uma droga boa, melhor que as outras ou inofensiva, mas antes buscar evidenciar que certas pessoas podem viver melhor, ou até mesmo ter uma vida, quando fazem a troca de determinadas SPAs por outras, no caso de Paulo Henrique, do crack pela maconha. Por outro lado, é possível que esta substituição, caso fosse efetuada de maneira pura e simples, sem o suporte da psicoterapia, dos medicamentos e da frequência aos grupos e oficinas, estivesse fadada ao fracasso. Em suma, o problema não está simplesmente na substância, mas vai, na verdade, muito além.

Neste sentido, foi notável um episódio em que uma mãe chegou desesperada ao Grupo de Família, dizendo que descobrira que o filho fumava maconha. Paradoxalmente, passou um bom tempo elogiando o garoto, qualificando-o como ótimo, tranquilo e estudioso. Em determinado momento, foi necessário interromper a torrente de elogios para perguntar se, vez que o rapaz era tão maravilhoso, qual era, então, o problema. O problema, explicou a mãe, era a maconha. Ou seja, tudo o mais havia perdido o valor diante do pânico provocado na família pela SPA; seja a (percebida) docilidade do rapaz ou sua competência em passar na seleção para o Centro Federal de Educação Tecnológica (Cefet)⁷ (prestigiosa instituição de ensino de Salvador). Ao dizer que o problema era a maconha, ressaltando a filiação religiosa da sua família, o aspecto ideológico da questão se tornou evidente. Quando evocou a religiosidade familiar, dizendo que isso (fumar maconha) era inaceitável para a formação que possuem e que procurou dar ao filho, tornou-se evidente a manutenção do foco na SPA, não havendo consideração ao indivíduo ou aos aspectos contextuais, e também que a preocupação familiar relaciona-se prioritariamente à manutenção de uma determinada ordem e de uma imagem socialmente desejável, em lugar da atenção à saúde.

Por outro lado, o discurso de Paula,⁸ outra mãe que participa do mesmo Grupo de Família, demonstra a diferença da sua compreensão, pautada pelo percurso que já possuía no CAPSad. Seu filho tem problemas com o uso de cocaína. Ela sabe que o filho não está abstinente e que ele usa maconha e álcool, SPAs que não lhe causam os mesmos problemas (embora o rapaz eventualmente recaia, retomando o uso da cocaína). No grupo ocorrido em 3 julho 2008, por exemplo, Paula contou à apavorada mãe (do relato citado no parágrafo anterior), que havia achado maconha na roupa do filho e que devolveu o achado dias depois, algo impensável algum tempo atrás. Em conversa posterior, perguntei

7 Atual Instituto Federal da Bahia (IFBA).

8 Nome fictício.

a Paula como se sentia em relação ao fato de que seu filho, ao usar maconha, poderia estar praticando redução de danos. Ela falou que este era justamente o ponto: que ele procuraria largar “drogas mais pesadas [citou cocaína] usando maconha e álcool” e que “hoje ele tem consciência quando comete abusos, ele diz ontem bebi demais.” Relatou que houve um momento em que ela pensava diferente, mas sua frequência ao CAPSad fez com que conseguisse compreender que o uso que seu filho faz de outras SPAs, com as quais consegue se manter dentro de alguns limites, faz parte de uma estratégia de tratamento. Ela relatou que ainda sofria e tinha problemas, mas reconhecia que o filho, por exemplo, estava conseguindo organizar a vida, tendo se tornado mais responsável, arranjado um emprego e buscando resgatar alguns vínculos.

Além da abordagem das questões dos filhos (cabe dizer que o grupo é eminentemente frequentado por mulheres – mães, em esmagadora maioria, cujos filhos nem sempre estão em tratamento) que é o que faz com que busquem o CAPSad, faz parte da condução do grupo incentivar o olhar para si própria(o). Embora todas as frequentadoras falem muito da relação com os filhos e dos problemas desses, as coordenadoras incentivam que voltem o olhar para a própria vida, vez que os filhos vivem as suas e fazem suas próprias escolhas. É notório que os problemas dos filhos as fazem sofrer, mas a frequência ao grupo, além de favorecer a formação de um olhar relativizador sobre o uso de SPAs e sobre o tratamento, faz com que os problemas familiares se constituam em fontes de ampliação do autoconhecimento.

De fato, o Grupo de Família, segundo o Projeto Terapêutico da instituição, destina-se a:

- 1) Oferecer aos familiares de usuários de substâncias psicoativas um espaço de reflexão sobre o fenômeno da droga; 2) Refletir e desmistificar as representações sociais a respeito do uso de substâncias psicoativas; 3) Possibilitar a expressão da demanda dos familiares a fim de encaminhar a situação apresentada, em seu nome ou em nome do outro, quer seja para atendimento

individual ou para a rede de assistência à saúde; 4) Fornecer informações sobre as substâncias psicoativas no intuito de facilitar o processo de mudança de atitude dos familiares frente à questão; 5) Desenvolver uma postura crítica e reflexiva a respeito da relação droga e família. (SALVADOR, 2006, p. 20)

Os familiares também podem ser atendidos individualmente. Ainda podem contar com a assistência do CAPSad mesmo quando a pessoa que tem problemas com o uso de SPAs não esteja em tratamento no Centro.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A iniciativa de construir uma política realista de atenção a usuários de SPAs – e a consequente incorporação da RD ao tratamento oferecido pelo SUS – busca promover a ruptura com a compreensão da abstinência como única solução por esta ser, na prática, favorecedora de uma forma única de intervenção em nível de saúde, que vem a ser o modo asilar, incompatível com os objetivos da Reforma Psiquiátrica. (BRASIL, 2002a) A adoção de soluções únicas também vai contra o reconhecimento da complexidade da questão, que envolve aspectos subjetivos, contextuais e biológicos, conforme chamam atenção vários autores, por exemplo, Bucher (1996). A RD também se mostra interessante por ser uma estratégia que permite contemplar os compromissos do SUS em relação à atenção integral, cidadania, consideração da individualidade e cooperação, priorizando a defesa da vida, e não a de uma determinada visão de mundo, que se impõe, como já afirmado, mais por razões políticas e ideológicas do que de saúde.

Por se propor a abordar um tema tão controverso, é pertinente concluir este trabalho incentivando a reflexão sobre algumas questões. É preciso questionar, por exemplo, o motivo do paradigma do tratamento através da abstinência ser tão firmemente estabelecido e a que fatores

está relacionado. Certamente está entre estes a visão das SPAs como um mal em si, a despeito da existência de ampla literatura científica atestando que as drogas fazem parte da trajetória da humanidade, nem sempre interferindo negativamente no funcionamento social, ver entre outros. (ESCOHOTADO, 1998)

É também extremamente necessário problematizar a noção de sucesso – especialmente em relação ao tratamento – através do seguinte questionamento: em relação ao tratamento de indivíduos que se queixam de problemas decorrentes do uso de SPAs, o que pode ser considerado como sucesso e por que razões? Alguns autores, como Adiala (1986), Carlini-Cotrim (1995) ou Carneiro (1992), empreendem análises de processos históricos e sociais que culminaram na demonização de algumas SPAs e, conseqüentemente, de seus usuários. São autores que buscam explicitar o caráter político/ideológico que dá o tom da guerra às drogas, cuja conseqüência é o fortalecimento de visões de mundo que se apresentam como promotoras do bem comum, mas que, na verdade, beneficiam apenas algumas categorias sociais, promovendo o seu controle sobre determinadas populações, especialmente através do acionamento de estratégias repressivas. Favorecer a compreensão desses aspectos ideológicos, por parte da sociedade em geral é também tarefa de quem trabalha com RD, pois se o tratamento considerado como bem sucedido pelo senso comum é apenas aquele que faz cessar o uso, torna-se urgente evidenciar que o parâmetro que afere, por esta medida, o sucesso terapêutico se estabelece por razões políticas antes do que de saúde.

Por fim, cabe esclarecer que no percurso do tratamento que utiliza a lógica da RD também cabem insucessos. Desistências e recaídas que devem ser encaradas sem fatalismo, pois, se as razões pelas quais se usam SPAs (e delas se abusam) são tantas quantas são os que as usam – cada caso possuindo uma “dosagem” diferenciada de aspectos individuais, contextuais e químicos –, fica ressaltada a importância de incentivar que cada um descubra sua(s) própria(s) possibilidade(s). Quanto aos

profissionais de saúde, esses não podem fazer arranjos em prol de interesses particulares, pois têm a obrigação de colocar aspectos relacionados à Saúde e à Ética, sempre, em primeiro lugar.

Referências

ALVES, V. S. *Modelo de atenção à saúde de usuários de álcool e outras drogas no Contexto do Centro de Atenção Psicossocial – CAPSad*. 2009. 395f. Tese (Doutorado em Saúde Pública) - Instituto de Saúde Coletiva, Universidade Federal da Bahia, Salvador, 2009.

ADIALA, J. C. *O problema da maconha no Brasil: ensaio sobre racismo e drogas*. Rio de Janeiro: IUPERJ, 1986. p. 40-52.

ANDRADE, T. M. Redução de Danos: um novo paradigma? In: ALMEIDA, A. et al. (Org.). *Drogas: tempos, lugares e olhares sobre seu consumo*. Salvador: Edufba, 2004.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria n. 687 de 30 de março de 2006. Aprova as atualizações das Normas de Cooperação Técnica e Financeira de Programas e Projetos Mediante a Celebração de Convênios e Instrumentos Congêneres para o exercício financeiro de 2006. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/portaria687_2006.pdf>. Acesso em: 13 abr. 2012

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria n. 336/GM/MS de 19 de fevereiro de 2002. Regulamenta os Centros de Atenção Psicossocial. Brasília: Ministério da Saúde, 2002a. Disponível em: <<http://dtr2001.saude.gov.br/sas/PORTARIAS/Port2002/Gm/GM-336.htm>>. Acesso em: 10 set. 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria n. 816/GM/MS, de 30 de abril de 2002. Brasília: Ministério da Saúde, 2002b. Disponível em: <<http://dtr2001.saude.gov.br/sas/PORTARIAS/Port2002/Gm/GM-816.htm>>. Acesso em: 23 abr. 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. *A Política do Ministério da Saúde para atenção integral a usuários de álcool e outras drogas*. Coordenação Nacional de DST e Aids. Brasília, 2003. (Série B. Textos Básicos de Saúde). Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/pns_alcool_drogas.pdf>. Acesso em: 23 abr. 2012

BRASIL. Lei n. 11.705, de 19 de junho de 2008. Altera a Lei nº 9.503, de 23 de setembro de 1997, que 'institui o Código de Trânsito Brasileiro', e a Lei nº 9.294, de 15 de julho de 1996, que dispõe sobre as restrições ao uso e à propaganda de produtos fumíferos, bebidas alcoólicas, medicamentos, terapias e defensivos agrícolas, nos termos do § 4º do art. 220 da Constituição Federal, para inibir o consumo de bebida alcoólica por condutor de veículo automotor, e dá outras providências. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2007-2010/2008/lei/l11705.htm>. Acesso em: 24 abr. 2012.

BRASIL. *Constituição da República Federativa do Brasil*. Texto promulgado em 05 de outubro de 1988. Brasília: Senado Federal, 2013. Disponível em: <http://www.senado.gov.br/legislacao/const/con1988/CON1988_05.10.1988/CON1988.pdf>. Acesso em: 10 set. 2013.

BUCHER, R. *Drogas e sociedade nos tempos da AIDS*. Brasília: UnB, 1996.

CARLINI-COTRIM, B. Movimentos e discursos contra as drogas: o caso da sociedade norte-americana. *Rev ABP-APAL*, São Paulo, v. 17, n. 3, p. 93-101, jul./set., 1995.

CARNEIRO, B. H. S. Desvarios da paulicéia: a vertigem dos venenos elegantes. *Da Leitura*, São Paulo, v. 11, n. 23, p. 6 ago., 1992.

ESCOHOTADO, A. *Historia de las drogas*. Madrid: Alianza Editorial, 1998.

MORDELET, P. O quadro jurídico da política de Redução de Danos. In: BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. *Entre riscos e danos: uma nova estratégia de atenção ao uso de drogas/*. Brasília: Ministério da Saúde, 2002. p.111-122.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. *Classificação estatística internacional de doenças e problemas relacionados à saúde – CID 10: décima revisão*.

São Paulo: Faculdade de Saúde Pública, 2008. Disponível em: <<http://www.datasus.gov.br/cid10/v2008/webhelp/cid10.htm>>. Acesso em: 23 abr. 2012.

OS PÓS que reduzem ao pó. *Revista Veja*, Rio de Janeiro, v. 41, n. 46, ed. 2087, p. 12, 19 de nov. 2008. (Carta ao leitor)

QUEIROZ, I. S. Os programas de redução de danos como espaços de exercício da cidadania dos usuários de drogas. *Psicol Ciênc Prof*, Brasília, v. 21, n. 4, p. 2-15, dez., 2001. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?pid=S1414-98932001000400002&script=sci_arttext>. Acesso em: 23 abr. 2012.

SALVADOR. *CAPSad Pernambues*: projeto terapêutico. Salvador: [S. n.], 2006. (Documento word disponibilizado pela coordenação).

Para não dizer que não falei das flores...

um relato de acompanhamento na comunidade
de um grupo de mulheres que sofrem
com o uso de substâncias psicoativas

*Mabel Jansen
Suely Galvão Barreto*

E ACREDITAM NAS FLORES...

Caminhando e cantando
E seguindo a canção
Somos todos iguais
Braços dados ou não
Nas escolas, nas ruas
Campos, construções
Caminhando e cantando
E seguindo a canção [...]
Geraldo Vandré (2001)

Este trabalho relata a experiência de acompanhamento em um grupo terapêutico de mulheres que sofreram algum tipo de interferência em suas vidas, em decorrência do uso abusivo/dependência de substâncias

psicoativas, de forma direta, por uso próprio, e/ou indireta, no caso de uso por familiares. Assim, o grupo era composto por usuárias, ex-usuárias e familiares vinculadas a um serviço de atenção a usuários de substâncias psicoativas na cidade do Salvador.

A ideia surgiu a partir da observação feita por três residentes (duas terapeutas ocupacionais e uma assistente social) em relação à ausência e/ou inconstância das mulheres em um Centro de Atenção Psicossocial Álcool e outras Drogas (CAPSad), visto que estas pouco procuravam o serviço e as poucas que o faziam eram inconstantes e não aderiam ao tratamento. A partir dessas evidências e da inexistência de tecnologias de cuidado específicas no CAPSad dirigidas para essa clientela, foram pensadas estratégias a serem utilizadas para que as mulheres que tenham algum tipo de sofrimento em suas vidas em decorrência do envolvimento de forma direta ou indireta com as substâncias psicoativas pudessem ter uma atenção dentro da especificidade de gênero.

A proposta foi criar um espaço na comunidade para a reflexão sobre o contexto sociocultural da mulher, com os objetivos de buscar coletivamente possibilidades de enfrentamento dos problemas e promover a percepção da experiência individual do uso de substâncias como problema social, além de incentivar o acolhimento das mulheres na atenção básica e no Centro Social Urbano. Também se buscou mediar as relações entre o grupo e entre este e o meio social para fortalecer e recompor as redes sociais através de “ação intensiva voltada aos aspectos da sociabilidade e vinculações sociais, no intuito de melhorar a continência social e qualidade de vida dos mesmos.” (FREITAS; JANSEN; SILVA, 2007, p. 192)

Diferentes são os motivos que levam essas mulheres a se desfilia-rem socialmente de grupos, fragilizando as suas relações e redes sociais de apoio, que, muitas vezes ocultam a sua situação de uso/dependência de substâncias psicoativas para não correrem o risco do rótulo ou do estigma.

Quanto ao sentido de rede social, Kadushin (2004) citado por Mângia Muramoto (2005, p. 23) a define como “um conjunto de relações” e

Marteletto (2001, p. 72), como um “sistema de nodos e elos; uma estrutura sem fronteiras; uma comunidade não geográfica; um sistema de apoio ou um sistema físico que se pareça com uma árvore ou uma rede.”

Agrupar mulheres, mediar as relações entre elas e entre elas e outros grupos cria possibilidades de “reconstrução de processos interativos dos indivíduos e suas afiliações a grupos”, conforme Mângia e Muramoto (2005, p. 23), fortalecendo e potencializando o sentimento de pertencer a algo.

Por muito tempo, a dependência química feminina permaneceu como um fenômeno invisível na maioria dos países e o principal fator responsável por esse cenário é o estigma social, sendo o peso desse estigma maior sobre as mulheres, pois, segundo Brasiliano e Hochgraf (2005), os estereótipos de maior agressividade, tendência à promiscuidade e falhas no cumprimento do papel familiar estão mais comumente associados às mulheres do que aos homens dependentes.

Com todas as mudanças sociais, o preconceito ainda se mantém, dificultando que as mulheres recorram a espaços destinados ao cuidado específico a usuários de álcool e outras drogas e esse foi um dos motivos que nos levaram a criar o grupo para mulheres fora da instituição, em um espaço na própria comunidade, com o foco na saúde, visando a sociabilidade e as vinculações e ainda possibilitando intervenções na cultura, porque, ao circular pela área urbana, vamos promovendo mudanças nos olhares.

AMPLIANDO A VIDA

Nas últimas décadas, vem sendo desenhada, no Brasil, uma transformação do modelo assistencial em saúde mental através da implantação dos novos dispositivos de atenção psicossocial. Essa perspectiva considera os sujeitos como possuidores de necessidades, desejos e com singularidades e problematiza a questão dos direitos e deveres, a responsabilização do

usuário sobre seu tratamento e também a conquista da cidadania através da participação social. Esses aspectos trazem a dimensão da complexidade da mudança necessária, em que, segundo Vasconcelos (1997 apud GULJOR 2003, p. 11), “o paradigma [...] centrado no problema-solução, doença-cura é desconstruído no sentido de uma reinvenção da saúde, da existência sofrimento dos pacientes buscando a produção de vida.”

Essa concepção produz uma mudança de paradigma na assistência no país e implica uma intervenção mais abrangente dos dispositivos de saúde mental, ultrapassando os limites da instituição em direção à inserção na comunidade. Assim, as possibilidades do serviço são ampliadas, pois a proposta do CAPS prevê o seu funcionamento como mediador de uma rede de assistência cujo fim não se resume à própria unidade. Torna-se necessário, portanto, criar estratégias de atenção ao usuário do serviço que apontem para uma intervenção multifacetada, interdisciplinar, em que diferentes olhares possam captar, de forma integral, a realidade dos sujeitos. O afastamento do espaço institucional leva as equipes a se localizarem no interior das comunidades, demarcando um campo de expansão necessário.

Adentrar esse campo significa ampliar a clínica, ressignificando o lugar do espaço social onde se desenrola o cotidiano dos indivíduos, sede de suas relações afetivas e concretas, onde eles se constituem, a partir dos laços que constroem com os outros e onde, também, estão os conflitos, o adoecimento e as formas de lidar com o mesmo.

Cuidar a partir dessas redes, no território existencial dos sujeitos onde a vida acontece, torna possível apreender as diversas formas de sofrimento vivenciadas e não somente os momentos de crise, a partir do acompanhamento dos sujeitos em sua própria realidade. (JANSEN, 2009)

O CUIDADO INTEGRAL AO USUÁRIO DE ÁLCOOL E OUTRAS DROGAS

Em relação ao campo específico de cuidado ao consumo abusivo de álcool e outras drogas, ver esse consumo como um grave problema de saúde pública favoreceu o redimensionamento da discussão, destacando a saúde e não restringindo as ações à adoção de medidas repressivas do consumo ou da redução da oferta.

A Constituição de 1988, no seu Art. 196, define a saúde como “direito de todos e dever do Estado”. Assim, com base nos princípios de universalidade, integralidade e equidade do Sistema Único de Saúde (SUS), a Portaria n. 816/GM, de 30 de abril de 2002, instituiu o Programa Nacional de Atenção Comunitária Integrada a Usuários de Álcool e Outras Drogas, documento que legitima a intenção oficial de implantação de uma rede de serviços extra-hospitalares articulada à rede de atenção psicossocial. (BRASIL, 1988; 2002)

Na Política para a Atenção Integral ao Uso de Álcool e Outras Drogas, a Redução de Danos (RD) é definida como paradigma orientador da promoção da saúde dos usuários de álcool e outras drogas.

[...] a oferta de cuidados a pessoas que apresentem problemas decorrentes do uso de álcool e outras drogas deve ser baseada em dispositivos extra-hospitalares de atenção psicossocial especializada, devidamente articulados à rede assistencial em saúde mental e ao restante da rede de saúde. Tais dispositivos devem fazer uso deliberado e eficaz dos conceitos de território e rede, bem como da lógica ampliada de redução de danos, realizando uma procura ativa e sistemática das necessidades a serem atendidas, de forma integrada ao meio cultural e à comunidade em que estão inseridos, e de acordo com os princípios da Reforma Psiquiátrica. (BRASIL, 2003, p. 6)

A redução de danos (RD), de acordo com Andrade (2002, p. 83), pode ser definida como “ações que visam minimizar riscos e danos de natureza biológica, psicossocial e econômica, provocados ou secundários ao uso/abuso de drogas, sem necessariamente requerer a redução de consumo de tais substâncias” e traz a característica humana, quando, “parte do princípio de que o usuário de drogas é antes de tudo um sujeito de direito e uma pessoa em si, isto quer dizer um cidadão, detentor de direitos e do poder de agir.” (MORDELET, 2002, p. 70)

Essa prática teve início no Brasil, nos anos 90, através da distribuição de seringas entre usuários de drogas injetáveis, por conta da epidemia de Aids, e conquistou força e consistência, favorecendo a discussão sobre os usuários de drogas e a cidadania e impulsionando para a reflexão de ordem sociopolítica, de extrema relevância, já que os principais obstáculos da assistência aos indivíduos que têm problemas com o uso de drogas são o preconceito e a discriminação, o que faz com que, ainda hoje, a questão seja encarada mais como um assunto de polícia do que de saúde. (PRATES; MARQUES; FREITAS, 2008)

A estratégia da RD evidencia o reconhecimento da complexidade dessa questão em que as dimensões psicológicas, sociais, culturais e políticas se entrelaçam. Até o momento não se conseguiu determinar a razão dos indivíduos consumirem substâncias psicoativas, nem tampouco porque alguns desenvolvem um padrão de consumo abusivo, e outros não. Entretanto, já se conhece que este fenômeno depende de uma combinação de fatores individuais, sociais, culturais e ambientais que concorrem para determinar tanto o uso como o abuso de drogas.

A RD permite contemplar os compromissos do SUS em relação à atenção integral, cidadania, consideração da individualidade e cooperação, priorizando a defesa da vida, e não a defesa de uma determinada visão de mundo, qual seja, a visão proibicionista, que se impõe mais por questões políticas do que de saúde. Se a proposta de aplicar terapeuticamente a RD representa uma mudança paradigmática considerável, essa ainda é, muitas vezes, incompreendida por muitos profissionais de saúde

e até por usuários de drogas que ainda estejam, até mesmo eles, presos ao imaginário demoníaco em relação às drogas. (PRATES; MARQUES; FREITAS, 2008)

Todas essas questões relacionadas ao imaginário social, que são o pano de fundo do tratamento e que, ainda, podem potencializar ações terapêuticas ou não, mostram a necessidade de se atuar também no contexto dos valores sociais, já que o estigma que acompanha o usuário de drogas tornou-se fortemente negativo; no que se refere às mulheres; essas ainda são mais estigmatizadas do que os homens.

A RD alia a preocupação com a questão da saúde considerando a dimensão ideológica do problema, articulando clínica e política. Essa estratégia se revela mais como uma produção de vida e menos como redutora de riscos e danos.

AS FLORES...

A questão de gênero, que se refere às relações e diferenças entre homens e mulheres, se manifesta em diversos espaços sociais, na cultura, na política, na economia e, ainda, no corpo biológico e psicológico. Também as questões relacionadas ao consumo de álcool e outras drogas são atravessadas por essas diferenças.

Historicamente, os homens sempre fizeram maior uso de substâncias psicoativas, entretanto, atualmente transformações nas relações e no papel social da mulher têm ocasionado o aumento do seu uso entre as mulheres, segundo o Observatório Brasileiro de Informações Sobre Drogas. (BRASIL, 2006) Pela observação dos serviços de saúde de tratamento do uso de álcool e outras drogas, se pode perceber que, geralmente, eles foram organizados para os homens e, somente depois, adaptado para as mulheres, sem levar em consideração as necessidades especiais desses sujeitos.

No contexto sociocultural, essas mulheres podem vivenciar dois processos discriminatórios: o primeiro diz respeito ao rompimento com o padrão de comportamento social estabelecido para elas que, mesmo tendo realizado diversas conquistas, ainda têm seus papéis sociais de mulher, dona de casa, mãe dedicada e trabalhadora fortemente estabelecidos; e, em segundo, o estigma de fazerem uso de Substâncias Psicoativas (SPAs) em uma sociedade marcada pelo modelo machista e patriarcal.

No que se refere às drogas ilícitas, observa-se que poucos estudos foram realizados quanto à repercussão de seu uso na saúde da mulher, embora existam evidências de que drogas como cocaína, maconha, tranquilizantes e estimulantes tenham efeitos mais prejudiciais no organismo das mulheres do que no dos homens. Essas características, relacionadas à fragilidade e vulnerabilidade das mulheres em relação aos efeitos dessas substâncias e às dificuldades existentes para a busca de cuidados, por motivos diversos, sejam pessoais ou sociais, reforçam a necessidade de se pensar na existência de uma especificidade nessa atenção.

As mulheres enfrentam uma série de barreiras para buscar tratamento e para permanecer nele, geralmente, relacionadas ao papel de esposa e mãe idealizado e esperado pela sociedade. Segundo Brasiliano e Hochgraf (2005) que argumentam que essa dificuldade, quando se trata de questões ligadas ao uso de substâncias psicoativas, acontece por vergonha e pela culpa por consumir drogas, em função da maternidade.

Embora a maternidade seja um dos importantes fatores na motivação para o tratamento, muitas mulheres temem que, ao procurarem ajuda e serem identificadas como dependentes, possam perder a guarda dos filhos. Outro fator é a falta de apoio do companheiro: em alguns casos, as mulheres iniciam o uso em função do companheiro o qual, em alguns casos, é dependente da droga e que, por não querer se envolver no tratamento, se opõe a ele, o que resulta em um temor pelo rompimento da relação, por parte da mulher. Brasiliano e Hochgraf (2005) acrescentam que algumas mulheres usam/abusam da droga como forma de “medicar” sintomas de depressão, irritabilidade e ansiedade e temem que, ao tratar

a dependência, possam perder sua única fonte de alívio e destacam ainda, a carência de recursos financeiros e a falta de perspectiva em relação a projetos de mudança na vida.

O intenso sofrimento devido aos estigmas sociais vivenciados pelas mulheres que abusam/dependem do uso da droga faz com que muitas tenham vergonha de admitir o problema e procurar tratamento.

Goffman (1975) nos fala da perspectiva do rótulo. A atribuição do rótulo, segundo ele, é a resposta da sociedade ao comportamento dos indivíduos que rompem o padrão médio de comportamento da comunidade. Essa atitude coletiva frente ao indivíduo é considerada como possível fator desencadeador de um processo de deterioração da identidade. Assim, a partir da incorporação do rótulo, as ações do indivíduo rotulado tenderiam a seguir um padrão orientado de acordo com os atributos que compõem o estereótipo, que seria a cristalização dos atributos negativos. O processo de deterioração da identidade é provocado, de acordo com essa concepção, pela atribuição do rótulo de desviante, por parte da sociedade, e pela sua incorporação, por parte do indivíduo.

Para Goffman (1975), nessa dinâmica, aqueles que não conseguem ocultar sua situação correm o risco de ser rotulados pela sociedade como “viciados em drogas” e, a partir do momento em que têm a sua situação problemática conhecida por todos, têm prejudicada, não somente a sua inserção social, mas também a sua autoimagem, dado que assumir-se como usuário abusivo e problemático passa pela associação de si a todas as características negativas de personalidade que povoam o imaginário social.

O uso de álcool/drogas pelas mulheres sofre maior influência dos companheiros e da família do que quando o usuário é um homem, daí porque é importante encorajar a participação da família no tratamento, uma vez que a família é mais profundamente afetada quando a mulher tem um problema de dependência química e, em decorrência disso, elas terão maior probabilidade de recaída se o ambiente familiar/social problemático permanecer o mesmo.

Em função do pouco acesso e adesão das mulheres no CAPSad onde a Residência desenvolveu o seu campo de trabalho, foi colocada como estratégia a criação de outros espaços não diretamente vinculados à instituição de saúde, como os espaços comunitários, pois, como dito anteriormente, pelo estigma que sofrem, muitas delas não procuram apoio nos centros de atenção específicos para não serem vistas nesse local. Assim, estar em outro espaço que seja comunitário pode favorecer o seu acesso.

Partindo da premissa de que ampliar a clínica pressupõe ressignificar o lugar do espaço social onde se desenrola o cotidiano dos indivíduos, sede de suas relações afetivas e concretas, onde eles se constituem a partir da sua própria cultura e onde, também, estão os conflitos, o adoecimento e as formas de lidar com ele, é que foi proposto que atividades pudessem ocorrer em espaços da comunidade.

Este artigo pretende discutir a importância da articulação dos dispositivos de cuidado em saúde mental, especificamente com as mulheres que tenham alguma relação com o álcool e outras drogas, com as redes existentes e com o território. A relevância desse trabalho se encontra na possível ressignificação da atenção à especificidade do cuidado a mulheres no seu próprio território existencial.

SOBRE OS PASSOS

Inicialmente, a proposta da atividade foi apresentada em reunião técnica da instituição à qual as residentes estavam vinculadas, com o intuito de aproximar do projeto algum profissional da equipe, para que ele pudesse ter continuidade após a saída das residentes do serviço e, naquele momento, houve a adesão de duas profissionais, uma terapeuta ocupacional e uma assistente social que, contudo, não deram continuidade ao acompanhamento.

Na segunda etapa do processo, foram realizadas articulações com o Centro Social Urbano (CSU) do território e construída uma proposta de intervenção, elaborada a partir de uma investigação nos prontuários do CAPSad e da discussão com os(as) profissionais do Centro e os(as) Agentes Comunitários de Saúde (ACS) da região, buscando uma aproximação com as reais necessidades daquelas mulheres, no intuito de possibilitar encaminhamentos e acompanhamentos pelos(as) ACS de mulheres identificadas como vulneráveis em relação à questão do uso/abuso de drogas. A intenção, desde sempre, era que as demandas fossem construídas coletivamente, com participação ativa do público-alvo no delineamento das metas a serem alcançadas.

Em seguida, foram contatadas cerca de 15 mulheres, matriculadas no CAPSad. No terceiro encontro com as 8 mulheres que se dispuseram a participar, uma profissional de educação física, recém-chegada ao serviço, foi convidada pelas residentes a se incorporar ao projeto e se dispôs a participar. A realização desses encontros ocorreu ao ar livre, no CSU do bairro onde o serviço de saúde estava situado.

Coletivamente, foi construída uma proposta, de modo que o grupo tivesse início, meio e fim, tendo sido definidos oito encontros uma vez por semana, entre os meses de outubro e dezembro de 2009, com abertura para a continuidade da proposta a partir da demanda das participantes.

E REMOVE AS MONTANHAS COM TODO CUIDADO...

O acompanhamento do grupo durou três meses durante os quais revezamos o local dos encontros, que ocorriam uma vez por semana, entre o CSU e algum espaço da cidade decidido pelo grupo. Os encontros no CSU tinham como objetivo discutir, por meio de conversas e abordagem corporal, temáticas relacionadas ao cuidado consigo mesma e com seu corpo, a relação com as integrantes do grupo, a autoestima, o autocuidado, os momentos de alegria e de prazer da vida. Esse era também o

momento para conversar sobre as saídas, as impressões, os sentimentos que circulavam e decidir o local da próxima saída.

As saídas tinham como objetivo ativar as redes vivas dos sujeitos. Como o grupo estava no momento de constituição, procuramos investir no vínculo, nas relações, observando e mediando a forma como ele foi se constituindo, assim como nas redes vivas dos sujeitos, através das saídas e do acontecimento do encontro em um espaço na comunidade.

Como um meio para fortalecer alguns valores dissolvidos, utilizamos o *empowerment*, através, principalmente, de abordagens corporais. Faleiros (2007) define *empowerment* como uma estratégia de intervenção que possibilita que as mulheres, oprimidas e fragilizadas, por muito tempo de exclusão, ressignifiquem as relações de opressão, discriminação, resgatando nelas, o poder.

As relações do usuário com a sua família, com as instituições, com a comunidade são espaços de correlação de forças nos quais esses sujeitos, por terem sofrido longos processos de opressão e discriminação social, desenvolveram relações de fragilidade, algumas vezes, de dependência, de tutela, e essa perspectiva possibilita desconstruir tais relações vinculares e, paralelamente, (re)construir relações de autonomia, empoderamento, fortalecendo seus vínculos, e permite mudar ciclos, trajetórias, potencialidades, a valorização da sua fala e de seus interesses.

É importante enfatizar que tinham sido pensados alguns recursos para acompanhar o grupo, porém outros foram buscados ao longo das necessidades que iam surgindo como, por exemplo, ocorreu quando apresentávamos a proposta do grupo. Nessa ocasião, dissemos que poderíamos ter um dia de dança do ventre e ouvimos de uma integrante que, para o investimento corporal, antes, era preciso que o grupo se sentisse seguro e mais integrado, ao que percebemos que devíamos mesmo acompanhar o tempo dos acontecimentos e aquilo que aparecia no grupo enquanto demanda e possibilidade.

Foram utilizadas algumas ferramentas de compreensão e intervenção em grupo operativo de Pichón Rivière, como os conceitos operativos

de integração, comunicação e pertinência. Para manejar algumas situações, utilizamos duas funções desenvolvidas por Barretto (1998)¹ para o acompanhamento terapêutico: o *holding* e a continência.

Durante as saídas, muitas vezes, o grupo se dispersava, algo tocava alguém; algumas vezes, elas saíam conosco, mesmo não estando psicologicamente bem; e isso porque, ao que nos parece, aquele espaço passou a constituir um lugar seguro e acolhedor para elas, o que pode ser percebido, inclusive, através de algumas falas:

- *Que bom conhecer esse grupo; onde eu estava só tinham homens. Aqui é melhor;*
- *Esse grupo é bom;*
- *Não conseguia encontrar um grupo para frequentar;*
- *Uma ótima oportunidade;*
- *Poder estar junto de outras pessoas é muito bom; encontro isso nesse grupo;*

ou, ainda:

- *Têm coisas que não falamos na frente dos homens.*

Nos primeiros encontros, essas falas relacionadas à oportunidade de participar do grupo eram mais recorrentes. Aos poucos, com o clima mais seguro, foram aparecendo falas relacionadas à vida, ao resgate de histórias, ao afeto que circulava no grupo.

- *Ser tocada, desligar, sair da angústia, ficar leve; aqui, penso em coisas boas;*
- *Não tem coisa melhor que sentir carinho, que nem criança;*
- *Tenho muita cicatriz, mas é só no coração mesmo.*

1 Conceitos que Barreto desenvolve a partir de Winnicott (*holding*) e Bion (*continência*).

A coordenação tentava estrategicamente se organizar para acompanhar o grupo nas demandas que iam surgindo. Geralmente, uma técnica dava atenção a uma dupla ou trio de usuárias, levando em conta as vinculações estabelecidas para essa escolha.

Nos primeiros encontros, as falas inicialmente giravam em torno do uso da substância e dos males que esse uso causara em suas vidas. Nesses momentos, procurávamos identificar, no próprio momento da fala, elementos que traziam bem-estar ou, até mesmo, o que elas faziam para superar o que não estava bom, procurando focar sempre na saúde e pensar junto estratégias de cuidado para superar alguma dificuldade trazida por alguma integrante. Observamos que, aos poucos, elas iam se distanciando do discurso relacionado à droga e ao mal que lhes causava e começavam a resgatar histórias do passado que lhes davam prazer, histórias do presente que ofereciam alegrias...

Essas lembranças mais relacionadas ao prazer geralmente eram trazidas nos passeios que fazíamos, como quando fomos à praia e uma das integrantes começou a relatar “*como era bom namorar em Itapuã*”, quando ela era adolescente. Nesse mesmo dia, muitas relataram que há anos não iam à praia, uma delas disse que já não lembrava “*como era bom pisar na areia*”, algumas tiveram medo de entrar no mar, mas, as que foram, inicialmente seguravam com força em nós e, aos poucos, iam se sentindo mais seguras e ficavam sozinhas sentindo o “*corpo leve na água*”, sugerindo que esse experimentar junto conosco significava confiança, abertura para uma relação.

Aos poucos, pode ser observada a formação de um contorno no grupo que elas mesmas iam desenhando, através do cuidado com a outra, da observação da falta de algum integrante ou coordenador, do acolhimento com a questão do outro, da escuta, da fala, do olhar... O grupo oferecia continência para suas integrantes, oferecia uma borda, um contorno, um espaço seguro para haver diálogos entre o mundo interno e o mundo externo das pessoas presentes, promovendo acolhimento

e permitindo que vivências notadamente marcadas pela sensorialidade pudessem ser passíveis de simbolização.

O grupo aconteceu com oito integrantes das quais quatro frequentaram todos os encontros e as outras quatro oscilaram na presença no grupo. Como éramos quatro na coordenação e, depois, cinco, com a entrada da professora de educação física, nos revezávamos, sempre uma estando mais à frente no momento de alguma atividade ou na sua organização e as outras auxiliando, mas, quando o grupo se dispersava, como no museu ou na praia, a partir do critério da vinculação, acompanhávamos individualmente.

Desde o primeiro encontro, investimos delicadamente na vinculação, entendendo que esse laço possibilitaria oferecer ao grupo, segurança, uma borda invisível que vai se desenhando aos poucos, uma ligação inicial que funciona como um primeiro dispositivo de continência, e, assim, o espaço, que, inicialmente, parecia indiscriminado, aos poucos, vai se tornando um lugar de apoio, de compartilhamento, de construção de projetos, de resgate de histórias, de ombro, olhar, afeto...

A cada encontro, mais elas pareciam se sentir pertencentes àquele espaço, que foi sendo tomado como delas. Geralmente, quando saíamos do CAPSad seja para o CSU ou para algum passeio, os homens que estavam na porta e sempre pediam para ir, e elas diziam que “*era só vestir uma saia*”... No primeiro dia, elas ficaram em dúvida se deixariam ou não, mas, no segundo encontro, disseram:

- Não.
- *Esse grupo é só de mulheres.*
- *Esse grupo é só nosso.*

Manejávamos o grupo como mediadoras; estávamos entre elas, entre elas e o mundo, entre elas e o meio social... Apoiávamos, sempre, de forma cuidadosa e delicada. A sensação de leveza nos acompanhava até o final, no grupo, e percebíamos que, aos poucos, a coordenação

afinava a sua própria integração. Em alguns momentos, por exemplo, em um passeio em que uma das integrantes não estava bem e, quando nos aproximávamos, ela não queria dialogar, nem olhar. Nesse momento, permanecíamos ao seu lado, caladas, mas sempre juntas e atentas. Barretto (1998) define essa função como de *holding*.

Holding, para o autor, se caracteriza como uma função de amparo, suporte, um estar-junto que possibilita ao acompanhado uma experiência de constância, continuidade, tanto física quanto psíquica. Durante o acompanhamento do grupo, essa função precisava ser “acionada” em algumas situações, quando algum integrante se mostrava desorganizado, carecendo de um suporte que favorecesse uma sensação de acolhimento e segurança. Em alguns momentos do percurso com o grupo, essa função exerceu um papel marcante, principalmente, no acompanhamento individual com algumas integrantes. Foram momentos em que simplesmente estivemos ali, situações em que percebemos que não havia o que fazer ou dizer, que o fato de estarmos ali, a nossa presença, já era muito importante. O valor dessa experiência estava não só na aproximação de dois corpos, um corpo junto ao do usuário, mas por ser um corpo atento, capaz de testemunhar e compartilhar as experiências do portador de transtorno psíquico.

Ao mesmo tempo em que oferecíamos o *holding* como suporte na presença, o contorno se desenhava e era exercida outra função que Barretto (1998) nomeia de continência. Situações de transbordamento psíquico, que podem traduzir ultrapassagem de limites, necessitam de um intermediário para traduzir suas experiências afetivas e pulsionais, que possa mediar essa experiência de sofrimento produzindo uma sensação de contorno, limite, possibilitando ao sujeito se sentir um pouco mais organizado e integrado, ao inscrever suas vivências no universo simbólico.

CHEGADA E PARTIDA

A experiência relatada de acompanhamento de um grupo no território mostra que investir ativamente na constituição e fortalecimento do vínculo ocasiona mudanças, o que evidencia que propostas de cuidado (consigo e com o outro) podem promover saúde e qualidade de vida através de ação intensiva voltada para a sociabilização e vinculações na comunidade onde o indivíduo está inserido.

O desafio que marcou o projeto foi o de articular a participação das mulheres da comunidade no grupo por intermédio dos Agentes Comunitários de Saúde. A ideia de tornar possível identificar mulheres que precisassem de cuidados e que não procuravam ajuda não foi avante, apesar da disponibilidade de alguns agentes, por conta de algumas dificuldades identificadas, tais como a locomoção das mulheres de um outro território que, apesar de ser abrangência do CAPS, não fazia parte da abrangência do CSU. Pensamos, então, que o ideal seria um outro grupo dentro do próprio território que os agentes identificassem. Um dos principais motivos da escolha do grupo acontecer fora do CAPS foi o de atrair outras mulheres que não frequentam o CAPS.

Contudo foram notados benefícios no fato de o grupo ocorrer em espaços da comunidade, como na fala de algumas integrantes que relataram que, no CSU, podiam falar sobre saúde, já que, no serviço, o foco das discussões era a doença. “*Que bom que aqui podemos falar de saúde.*” Isso nos leva a pensar no lugar de estigma que, para algumas daquelas mulheres, o CAPS ocupa.

É importante enfatizar que, a todo tempo, tentamos acompanhar o grupo, a partir das demandas que apareciam e a nossa borda de manejo era respaldada por ferramentas que já possuímos e outras que buscamos a medida da necessidade.

Foi um desafio e aprendizagem para todas nós, também mulheres, o fato de abrimo-nos para o contato com a feminilidade e a sua linguagem. O grupo rapidamente obteve forma própria, propiciando

o surgimento de necessidades comuns. Como afirmou uma integrante do grupo: “Quando usamos droga por muito tempo, a pessoa se exclui do convívio das outras”.

Percebemos, nos discursos, que as mulheres vivenciam um duplo processo de exclusão: por um lado, elas se excluem; por outro, são também excluídas por seus pares. E, na maioria dos casos, esse fato desencadeava um processo de autodestruição. Em grupo, percebemos que o movimento circulava em torno da defesa e afirmação da vida, além de fazer parte de nosso direcionamento à percepção de que as integrantes viviam momentos diferentes: as que estavam em um “bom” momento da vida tentavam envolver as outras, e isso parecia que, muitas vezes, se expandia em risos, alegria, receptividade, lembranças, choros. A busca por aprender algo novo, compartilhar o aprendizado, como que abrindo espaço para o outro fazer parte do seu mundo:

– *Quero aprender a bordar.*

– *Eu sabia durante a adolescência, podemos tentar juntas.*

Mesmo fazendo um uso, muitas vezes, prejudicial da droga, algumas integrantes mantinham o cuidado consigo constante em suas vidas, o que nos faz pensar que esse uso pode ser o que sustenta sua existência e que a vida continua pulsando:

– *Sou sacizeira, mas cuido de mim.*

Reconstruir sua própria história, valorizar papéis importantes em suas vidas e na vida do outro, faz com que se valorize a sua importância no mundo:

– *Conto histórias para meu marido antes de dormir.*

Percebemos, também, que o grupo funcionou como mediador das relações: como exemplo, duas integrantes que eram irmãs, decidiram participar juntas, sendo uma cuidadora e a outra usuária. Os excessos de cuidado, a mediação da relação conflituosa entre elas, tudo era manejado pelo grupo, e, muitas vezes, tornávamo-nos invisíveis para que o próprio grupo se sustentasse.

O próprio grupo foi tomando formas e passou a existir e a criar a necessidade de continuar existindo, o que comprova a importância de tal experiência enquanto propiciadora da criação/recriação de vínculos.

Referências

ANDRADE, T. M. de. Redução de danos: um novo paradigma. In: BRASIL. Ministério da Saúde. *Entre riscos e danos: uma nova estratégia de atenção ao uso de drogas*. Brasília: Ministério da Saúde, 2002.

BARRETTO, K. D. *Ética e técnica no acompanhamento terapêutico: andanças com Dom Quixote e Sancho Pança*. São Paulo: Unimarco, 1998.

BRASIL. Ministério da Saúde. *A política do Ministério da Saúde para atenção integral a usuários de álcool e outras drogas*. Coordenação Nacional de DST e Aids. Brasília, 2003. (Série B. Textos Básicos de Saúde). Disponível em: <http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/pns_alcool_drogas.pdf>. Acesso em: 23 abr. 2012.

BRASIL. *Portaria n. 2.197/GM em 14 de outubro de 2004*. Redefine e amplia a atenção integral para usuários de álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS, e dá outras providências. Disponível em: <<http://dtr2001.saude.gov.br/sas/PORTARIAS/Port2004/GM/GM-2197.htm>>. Acesso em: 24 abr. 2012.

BRASIL. *Portaria n. 816/GM, de 30 de abril de 2002*. Brasília: Ministério da Saúde, 2002. Disponível em: <<http://dtr2001.saude.gov.br/sas/PORTARIAS/Port2002/Gm/GM-816.htm>> Acesso em: 24 abr. 2012.

BRASIL. Ministério da Justiça. *Tratamento: populações específicas - mulheres*. Observatório Brasileiro de Informações sobre Drogas. Disponível em: <<http://www.obid.senad.gov.br/portais/OBID/index.php>>. Acesso em: 25 abr. 2012.

BRASIL. *Constituição da República Federativa do Brasil*. Brasília, DF: Senado Federal: Centro Gráfico, 1988.

BRASILIANO, Silvia; HOCHGRAF, P. B. Drogadicção feminina: a experiência de um percurso. In: SILVEIRA, Dartiu X.; MOREIRA, Fernanda G. (Org.). *Panorama atual de drogas e dependências*. São Paulo: Atheneu, 2005. p. 289-95. v. 1.

FALEIROS, V. P. *Estratégias em serviço social*. 7. ed. São Paulo: Cortez, 2007.

FREITAS, L.; JANSEN, M. Transbordamento psicótico: desafios e possibilidades de intervenção. *In-tensa. Ex-tensa*, Salvador, v. 1, n. 1, p.192-201, 2007. Disponível em: <[http://picica.dominiotemporario.com/intensaextensa\(3\).pdf](http://picica.dominiotemporario.com/intensaextensa(3).pdf)>. Acesso em: 3 fev. 2014.

GOFFMAN, E. *Estigma: notas sobre a manipulação da identidade deteriorada*. Rio de Janeiro: Zahar, 1975.

GUEDES, B. Amor de Índio. In: GUEDES, B. *Amor de Índio*. [S. l]: EMI Music, 1978.1 CD.

GULJOR, A. P. F. *Os centros de atenção psicossocial: um estudo sobre a transformação do modelo assistencial em saúde mental*. 172 f. 2003. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) - Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2003.

JANSEN, M. *Tecnologias leves na atenção à crise em saúde mental*. 2009. Trabalho de Conclusão de Curso (Especialização em Saúde Mental) - Universidade Estadual de Santa Cruz, Ilhéus, 2009.

MÂNGIA, E. F.; MURAMOTO, M. T. O estudo de redes sociais: apontamentos teóricos e contribuições para o campo da saúde. *Rev. Ter. Ocup.*, São Paulo, v. 16, n. 1, p. 22-30, jan./abr., 2005. Disponível em: <<http://www.revistasusp.sibi.usp.br/pdf/rto/v16n1/05.pdf>>. Acesso em: 24 abr. 2012.

MORDELET, P. O quadro jurídico da política de Redução de Danos. In: BRASIL. *Entre riscos e danos: uma nova estratégia de atenção ao uso de drogas*. Brasília: Ministério da Saúde, 2002.

MARTELETO, R. M. Análise de redes sociais: aplicação nos estudos de transferência da informação. *Rev. Ciên. Inf.*, Brasília, v. 30, n. 1, p. 71-81, jan./abr., 2001. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/ci/v30n1/a09v30n1.pdf>>. Acesso em: 25 abr. 2012.

PRATES, A. S.; MARQUES, A. S.; FREITAS L. S. P. *Relatório da residência multiprofissional em saúde coletiva com ênfase em saúde mental. CAPSad Pernambués. Semestre 2008.1*. Salvador, 2008.

VANDRÉ, G. Pra não dizer que não falei das flores. In: *Pérolas*. Rio de Janeiro: Som Livre, 2000. 1 CD. Faixa 1.

A residência no CAPSi

especificidades do cuidado
na saúde mental infanto-juvenil

Vlândia Jucá

INTRODUÇÃO

A assistência em saúde mental tem especificidades que dizem respeito ao grupo para o qual se destina. Assim, a residência multiprofissional, ao se inserir no Centro de Atenção Psicossocial à Infância (CAPSi), teve como primeiro desafio trabalhar a partir do estranhamento vivenciado pelos residentes que se indagavam sobre a clínica com crianças autistas e psicóticas e sobre os dispositivos que melhor poderiam atender a essa clientela. O objetivo deste capítulo é explorar essas especificidades e sustentar o argumento de que a clínica no CAPSi só pode se movimentar no sentido do horizonte ético-político da reforma psiquiátrica caso se constitua uma equipe com respaldo técnico para atender as nuances da experiência do autismo e da psicose na infância. Para tanto, abordaremos a saúde mental infantil e como se deu a entrada da residência nesse campo; a psicopatologia da qual os residentes tiveram que se apropriar e os dispositivos de cuidado que foram sendo incorporados como caminhos privilegiados para o cuidar, especialmente, das crianças que vivenciavam entraves no seu processo de constituição subjetiva. Por fim, discutiremos como a experiência de desagregação vivenciada pelos

usuários do CAPSi, de certo modo, refletia-se de modo especular na equipe que também se encontrava com seus laços de trabalho fragilizados.

A RESIDÊNCIA E A SAÚDE MENTAL INFANTO-JUVENIL

A residência multiprofissional em saúde foi pensada a partir de miniequipes que deveriam circular entre serviços diferenciados no tocante à clientela para a qual os mesmos se destinavam: psicóticos e neuróticos graves; dependentes de álcool e outras substâncias psicoativas e crianças e adolescentes que apresentavam algum transtorno mental grave. No CAPSi, destinado a esse último grupo, assistimos um movimento muito particular dos residentes, provocado muito provavelmente pelo que há de diferente no autismo e na psicose, na infância e na adolescência, o que por si só lança grandes desafios na assistência. No entanto, a inquietação dos residentes pode ser entendida também pelo fato de que se trata de uma clínica que afeta de um modo único, pois contraria nossos ideais estéticos de uma infância pura e bela. Além disso, por vezes, essa clínica tem o potencial de resgatar o infantil que em cada um de nós habita e, em outros momentos, desperta, de modo complementar, a maneira pela qual cada um recebeu os investimentos maternos e paternos, atualizando-os na relação com a clientela do CAPSi.

Sabemos que a reforma psiquiátrica brasileira, em termos globais, encontra-se em curso e que seus dispositivos ainda carecem de maturação; não obstante assistamos hoje a uma forte onda de contrarreforma. De qualquer modo, se isso vale para os dispositivos voltados para o público adulto, o que dizer daqueles que se destinam a crianças e adolescentes autistas e psicóticos que, durante muito tempo, ficaram cobertos pelo manto da deficiência? (FERREIRA, 2004) Trata-se aqui de um público que, no lugar de receber o atendimento clínico adequado, foi colocado em escolas especiais, centradas em uma intervenção pedagógica que tinha por objetivo primordial a escolarização e a adequação ao meio.

A dívida histórica que temos com relação à assistência em saúde mental voltada para as crianças e adolescentes é diferente, portanto, daquela que temos com relação aos adultos. Se os dois grupos foram alvos de uma assistência inadequada; no primeiro caso, a ausência do cuidado era agravada pelo desconhecimento e, mais ainda, por um não querer saber sobre uma infância que contrariava o que a própria modernidade instituiu como sendo próprio desse período da vida: um tempo sem problemas, puro e feliz, através do qual se cultivava o futuro da humanidade.

A inexistência de uma nosologia no campo psiquiátrico que se voltasse para a infância até o século XIX aponta para o descompasso existente entre o interesse nas questões de saúde mental apresentadas na infância e em outras etapas da vida. É no século XX que surgem as primeiras classificações destinadas à psicopatologia infanto-juvenil. O termo esquizofrenia infantil, por exemplo, foi utilizado, pela primeira vez, pelo psiquiatra alemão Franz Homburger, em 1926. Essa nomeação inaugurava, na nosologia psicopatológica, a doença mental como um fenômeno que acometia também crianças. Outro marco, no mesmo sentido, foi o lançamento do livro *Psiquiatria infantil* por Leo Kanner, em 1935, mesmo autor que, em 1943, iria classificar pela primeira vez o autismo como uma patologia com início na infância. Devemos considerar ainda que o século XX se constituiu como terreno no qual a psicanálise com crianças expandiu-se, através dos seus pioneiros, a saber: Hermine von Hug-Hellmut; Anna Freud; Melaine Klein; Donald Woods Winnicott e Françoise Dolto. (COSTA, 2007) De modo particular, esses três últimos merecem um destaque especial pelo fato de receberem em análise crianças muito pequenas e de terem aprofundado a teorização sobre a gênese e o tratamento dos transtornos mais graves que nelas se apresentavam.

De qualquer modo, no Brasil, até 2002, quando foram regulamentados os Centros de Atenção Psicossocial voltados para a infância, as crianças autistas e psicóticas se distribuíaam entre as escolas especiais, como citamos anteriormente, e alguns ambulatórios (que, por vezes, mesclavam o atendimento psiquiátrico com o neurológico). Geralmente,

esses ambulatórios funcionavam como parte integrante dos manicômios. Com a implementação dos CAPSi, avanços aconteceram e talvez um dos mais significativos tenha sido justamente dar visibilidade ao sofrimento mental na infância e afirmar a necessidade de implementação de um serviço voltado particularmente para essa clientela. No entanto, pelos anos de silêncio que circundaram essa problemática, encontrar profissionais capacitados para fazer uma clínica que contemple as especificidades do autismo e da psicose na infância e na adolescência e que tenha, como valor agregado, a perspectiva de ser ampliada, é um desafio a ser galgado. Aliás, a ideia de clínica ampliada pressupõe a construção de uma rede que depende, além de equipes bem capacitadas e disponíveis, uma gestão (no município e no próprio serviço) que facilite o trabalho artesanal de compor a tessitura capaz de dar continência aos usuários e aos próprios trabalhadores. Concordamos assim com Schmid (2004, p. 115, grifo nosso):

Atualmente, vemos avanços na produção teórica sobre o tratamento da criança, seja na literatura psicanalítica, seja na visão psiquiátrica. Os manuais de psiquiatria DSM-IV [...] e CID-X [...] já consideram as doenças mentais infantis e caracterizam, além das deficiências mentais, os transtornos de ansiedade com início específico na infância, os transtornos de conduta, os transtornos de funcionamento social específicos da infância e da adolescência, os transtornos invasivos do desenvolvimento no espectro do autismo infantil, bem como os transtornos esquizofrênicos e do humor de início precoce. Contudo, *uma rede consistente de atendimento a crianças e adolescentes em sofrimento psíquico ainda é uma tarefa em construção*, tarefa que traz em seu bojo o desafio de aprender o passado e atravessar os dilemas deixados por ele.

Foi nesse cenário – o de um espaço em construção – que a residência encontrou o CAPSi. Vale ressaltar que o serviço eleito para nos receber estava para completar quatro anos quando a residência nele chegou e,

anteriormente, funcionava como um ambulatório de saúde mental infanto-juvenil. A implementação do CAPSi, onde antes funcionava um ambulatório, pautado em uma lógica bem distinta de um serviço territorial e destinado a uma outra clientela, trouxe repercussões várias. Uma das repercussões foi que o novo serviço herdou muitos casos provenientes do antigo ambulatório que não demandariam, em primeira instância, atendimento em CAPS. O problema maior, no entanto, dizia respeito ao fato de que a passagem de uma estrutura ambulatorial para um CAPS nunca permitiu a efetiva separação, em termos administrativos, com relação ao hospital ao qual o ambulatório pertencera anteriormente. Essa ausência de autonomia e as marcas deixadas pelo ambulatório se faziam sentir com muita intensidade quando a residência chegou na unidade. Além disso, a equipe, em quatro anos, havia passado por inúmeras mudanças, decorrentes de uma alta rotatividade dos profissionais. Voltaremos a essas questões posteriormente, mas é importante assinalar que as miniequipes de residentes que passaram e que estão no CAPSi se depararam com desafios de duas ordens: um referente à própria clínica com crianças autistas e psicóticas e a construção da clínica ampliada voltada para elas; e um segundo desafio, que tornava o primeiro ainda mais árduo, o de lidar com uma equipe vulnerabilizada.

AUTISMO E PSICOSE NA INFÂNCIA: a psicopatologia das vicissitudes na constituição do sujeito

As possibilidades de entendimento do que leva a um quadro clínico de autismo e de psicose na infância são várias. Na condução da residência, trabalhamos com a psicanálise, referencial com o qual já operávamos na clínica. Foi então a partir da teoria psicanalítica, especialmente a lacaniana, que montamos nossas intervenções no CAPSi. No entanto, a clínica na saúde coletiva nos demandou outras incursões que permi-

tissem a articulação dos pressupostos psicanalíticos com as propostas de reabilitação psicossocial e de desinstitucionalização que, conjuntamente, fornecem a razão de ser dos CAPS. (TENÓRIO, 2001) Essa conjugação nem sempre é fácil, posto que a ética da psicanálise e os ideais da reabilitação nem sempre se mostram compatíveis. O modo de fazer essa articulação possível nos parece ser, por um lado, seguir o alerta lacaniano, segundo o qual não devemos supor que sabemos o que é o melhor (ou o bem) para o sujeito (LACAN, 1988) e, por outro lado, costurar uma direção do tratamento que permita a inserção possível. O alerta lacaniano ao qual fazemos referência nos convida à adoção de uma ética que não nos permite traçar, a partir dos ideais culturais vigentes, os objetivos do tratamento, o que levaria a uma perspectiva clínica essencialmente adaptativa. No lugar dessa perspectiva de enquadrar, o desafio seria, junto com a criança ou adolescente e sua família, forjar o espaço necessário para a emergência de um sujeito que possa fazer laços sociais, não obstante suas idiossincrasias. Além do mais, há que se considerar que, especialmente com as crianças autistas, o trabalho vai além da reabilitação, pois demanda uma entrada mesma no universo humano. Obviamente, essa perspectiva decorre de uma leitura, em termos psicopatológicos, do que seria o autismo, a qual explicitaremos a seguir.

A adoção de uma leitura, em termos psicopatológicos, quando se trabalha com a supervisão de um grupo tão diversificado quanto o da residência multiprofissional nos coloca, por acréscimo, a delicadeza de introduzir profissionais de formações tão distintas (alguns nunca haviam tido contato nem com a psicanálise nem com a psicopatologia infanto-juvenil em linhas mais gerais) em um universo conceitual complexo. É preciso, nesse contexto, muito cuidado para não querer tornar todos profissionais psi, mas, ao mesmo tempo, ofertar uma possibilidade interpretativa dos fenômenos com os quais os residentes se deparam no CAPSi que permita a construção de intervenções ancoradas em uma reflexão teórica. Utilizamos, assim, a teoria lacaniana, principalmente, através dos autores que faziam a conexão entre os textos lacanianos

propriamente ditos e a prática clínica voltada para o autismo e a psicose. As contribuições de Winnicott (1975), especialmente no tocante ao autismo e à função do brincar na infância, também foram incorporadas, pela sua inegável contribuição no entendimento e na prática clínica nos casos de sofrimento precoce.

Partindo desse campo, compartilhamos com os autores citados o pressuposto presente no próprio Lacan, segundo o qual a criança se humaniza na relação com o outro.¹ A condição para que a criança se perceba enquanto um eu, dotada de um corpo próprio é justamente que um outro tenha estado disponível para investir libidinalmente nessa criança, tomando-a como uma totalidade e mapeando esse corpo que ganha vida e contorno nessa relação. É ao se refletir no olhar desse outro que a criança se constitui enquanto diferente. Essa fase, chamada de fase do espelho por Lacan (1998), permite a humanização porque a dimensão imaginária nela presente é perpassada por uma dimensão simbólica que garante para a criança um lugar na cultura, através de relações de filiação e nomeação que cavam para ela um espaço no campo social.

Os autores que partem do pressuposto acima citado consideram também que duas operações são fundamentais no processo de constituição do humano: a alienação e a separação, ambas conceituadas por Lacan (1995), no seu *Seminário II*. Através da primeira, a criança se aliena na imagem dela mesma oferecida pelo outro. Trata-se de uma alienação necessária, posto que, sem a mesma, não seria possível ter uma unidade corporal. Além disso, nesse momento, a mãe mergulha o bebê num universo de sentido que ela lhe empresta:

Para entrar em contato com seu bebê, a mãe se toma por ele, ou melhor, ela o toma como um pedaço dela mesma. Com efeito,

1 O conceito de outro na psicanálise lacaniana se desdobra em dois: o de Outro (*Autre*) como universo simbólico, cultural ou do tesouro dos significantes, fundamental para a emergência do humano, e o outro (*autre*) que diz respeito ao semelhante, com quem a criança estabelece uma relação especular, que lhe insere nesse universo maior. (FERNANDES, 2000)

a *exemplo do real biológico* – e eu ressalto a exemplo, e não por causa desse real biológico – durante a gestação e o aleitamento em que o corpo do bebê se constitui a partir de substâncias do corpo materno, a mãe continua a ocupar, após o nascimento, no momento em que se iniciam as trocas, um *lugar atributivo*. Quer seja o conteúdo dos seus pensamentos, conscientes e inconscientes, ou os enunciados dos seus discursos, representações que ela projeta sobre o bebê – o que Winnicott chamava loucura das mães na ‘preocupação materna primária’ – a mãe *pensa* seu bebê, ela *lhe atribui conteúdos psíquicos*. O que constitui uma *efração simbólica*, no sentido de uma força, mas é assim que a mãe sabe pelo seu bebê, ela *sabe* por ele como ela sabe por ela mesma: é a dimensão *transitiva* [...]. (CULLERE-CRESPIN; FERNANDES, 2004, p. 29, grifos do autor)

Por outro lado, ao mesmo tempo, é preciso que uma separação se efetive, pois, do mesmo modo, o corpo, mesmo investido, não teria condições de ser próprio se algo não se interpusesse entre a criança e sua mãe. A função paterna seria na psicanálise lacaniana o agente dessa separação e é ela que permite à criança sair da posição de objeto alienado no desejo da mãe, interpondo a barreira do incesto, que pode ser entendida como elemento que regula as trocas sexuais e sociais, permitindo nossa vida conjunta. A função paterna redireciona a libido da mãe e protege a criança de um outro invasivo, ao mesmo tempo em que exige dessa criança que ela abra mão desse amor sem limites para que possa advir na condição de sujeito desejante.

Autismo e psicose seriam essencialmente patologias que surgem quando essas duas operações, necessárias ao processo de constituição do sujeito, deixam a desejar. No caso do autismo, a alienação teria falhado, por assim dizer. Não é à toa que crianças autistas não têm imagem corporal constituída; um corpo sem bordas se revela, por exemplo, através da saliva que escorre pela boca entreaberta ou pelo não controle dos esfíncteres. Por outro lado, é preciso reconhecer que a criança trabalha

no sentido de existir e essa condição pressupõe o estar no mundo na condição de encarnado. Nesse sentido, o balanceio autístico talvez seja um modo de garantir essa permanência ou existência como hipotetiza Cullere-Crespin e Fernandes. (2004)

Na psicose, a operação que não se efetiva seria a separação. Assim, a criança vivencia a relação de erotização fundamental que vivifica seu corpo, mas, no entanto, por não se efetivar a função paterna,² sua existência apartada não é garantida. No adulto, essa ausência da falta na psicose leva a um estado de vulnerabilidade, onde as invasões oriundas de um outro de gozo ilimitado se presentificam via automatismos mentais e fenômenos elementares. Na criança, a psicose e o estado de desagregação dela decorrente se manifestam de outros modos. Segundo Geissman e Geissman (1993), as manifestações mais comuns são: agitação psicomotora; alterações na linguagem; comportamentos bizarros; perda da inibição sexual e agressividade dirigida. Apesar de mais raros, alucinações e delírios podem acontecer.

Além da plasticidade relativa à expressão da psicose na infância, outra questão que se impõe na clínica com essas crianças diz respeito ao diagnóstico, principalmente o da psicose. Seria apropriado falar de psicose no caso de quem ainda está em processo de desenvolvimento? Por mais que afirmemos que a psicanálise trabalha mais com o tempo lógico do

2 A função paterna não diz respeito ao pai biológico. O uso do termo função serve para fazer referência ao fato de que algo ou alguém se interpõem entre a criança e sua cuidadora primeira, redirecionando a libido da segunda para outro objeto que não a própria criança e permitindo a essa última identificar-se com aquele que tem o falo, ou seja, o pai simbólico, que, ao mesmo tempo em que é rival por lhe tomar sua mãe, também porta algo que o faz ser objeto de desejo. A incidência da função paterna ocorre gradativamente de acordo com os três tempos do Édipo, segundo Lacan (1999), através dos quais esse pai faz sua entrada inicialmente enquanto real (algo que se interpõe entre a criança e a mãe), depois, na dimensão mais imaginária (onde assume o lugar de grande rival), até funcionar como pai simbólico propriamente dito, sendo que o pai simbólico: “[...] é apenas o depositário de uma lei que lhe vem de outro lugar [...] recai sobre ele o ter que se fazer valer de seu representante.” (DOR, 1991, p. 16) A lei em questão seria o tabu do incesto que permite e regula as trocas sociais.

que com o cronológico, não é possível desconsiderar que, em se tratando de infância, um tempo cronológico é necessário para que as operações de constituição do sujeito possam se efetivar. Considerando os dois tempos, seguimos o raciocínio proposto por Bernardino (2004, p. 35), autora para quem seria melhor postular, como Alfredo Jerusalinsky propõe, psicoses não-decididas na infância:

[...] a infância reconhece a possibilidade de estados provisórios, não decididos, que vão se decidir tardiamente quanto à estrutura. E tem o que chamo de psicoses não-decididas, ou indecididas, porque realmente não se produziu uma inscrição definitiva, há uma espécie de suspense, de escansão, de dilatação desse momento de inscrição, de captura da criança no campo da linguagem na posição subjetiva [...].

O entendimento aqui apresentado do autismo e da psicose como psicopatologias que emergem em impasses referentes ao processo de constituição da criança enquanto sujeito possibilita que a prática clínica com essas crianças tenha como direção a retomada daquilo que ficou interrompido ou em suspensão. Essa retomada demanda efetivamente o trabalho com as crianças e seus cuidadores e, por parte dos profissionais, demanda um investimento alto. No caso das crianças autistas, de modo particular, trata-se de fazer um investimento e uma aposta que faltaram para que ela pudesse esboçar-se enquanto corpo próprio. Com as crianças psicóticas, fazer operar a função paterna, dar continência a sua impossibilidade de lidar com a frustração e contornar suas crises tantas vezes marcadas por uma agressividade e uma sexualidade à flor da pele também requer muita energia. Como constataram rapidamente os residentes, um dia de trabalho no CAPSi podia valer por dois em outro serviço de saúde mental. A supervisão era um dos momentos onde os residentes podiam, ao dividir suas angústias, seus cansaços e suas pequenas e significativas vitórias, renovar as energias para dar continuidade a essa clínica que, em muito, depende da capacidade dos profissionais

de fazer os investimentos necessários e de saber esperar os avanços que, por vezes, são demorados, mas significativos.

O conjunto dessas reflexões teóricas – pinceladas aqui de modo muito breve – articuladas com o cotidiano dos residentes no CAPS permitiram-nos encontrar pontos de ancoragem e construção de sentido para suas intervenções. Um sentido nem sempre acabado; por vezes, dado ou reconstruído a posteriori, posto que o inesperado e o inusitado são duas constantes na saúde mental. Esse saber nos servia fundamentalmente como horizonte que fornecia um pano de fundo de onde emergiam as intervenções que não podiam ser pré-determinadas, mas precisavam estar referendadas.

DISPOSITIVOS DE CUIDADO: o brincar e a prática entre vários

Adotando, como ponto de partida, as considerações acima expostas, os residentes tanto se inseriram em atividades já existentes no CAPSi quanto propuseram novos grupos e oficinas. É importante ressaltar que buscamos assegurar que as miniequipes não ficariam restritas ao espaço da unidade, mas que circulariam no território, firmando parcerias, fazendo visitas domiciliares quando necessário e criando redes intra e intersetoriais. Para tanto, combinamos com a equipe que o tempo dos residentes na unidade envolvia seu trabalho na unidade propriamente dita e no território. A necessidade do acordo surgiu das experiências anteriores que tínhamos com os CAPS do município, através das quais percebemos que existe certa tendência das equipes a se manterem fechadas no serviço; o que em nada contribui para a construção de uma proposta territorial. Sustentar o acordo não foi nada fácil, principalmente com a mudança de coordenação que aconteceu no segundo semestre da residência. A nova coordenadora não concordava com o tempo utilizado para as atividades

territoriais que, na sua percepção, era um modo de fugir das tarefas a serem cumpridas no próprio CAPSi. Mesmo assim, na medida do possível (por vezes, beirando o impossível), as atividades dentro e fora da unidade foram mantidas. Um dentro e fora que sempre esteve intimamente articulado; afinal as incursões no território aconteciam movidas pelas necessidades clínicas, de reinserção das crianças e adolescentes na suas comunidades de origem (especialmente nas suas escolas) e para construção da rede tão necessária ao sucesso da própria reforma.

No âmbito do serviço, duas atividades de modo particular foram bastante trabalhadas durante nossos encontros de supervisão: as oficinas do brincar e o espaço destinado à prática entre vários. Pela importância que adquiriram na formação dos residentes e devido à inquietação que as mesmas provocaram, vamos abordá-las de modo mais detalhado.

As oficinas do brincar foram propostas pelas residentes que criaram dois grupos distintos, contemplando faixas etárias diferentes. Várias outras oficinas já existiam; muitas, ao longo dos quatro anos do CAPSi, haviam surgido e desaparecido com seus coordenadores ou por falta de adesão. Apesar do brincar ser uma atividade que estava, de certo modo, contemplada nas práticas terapêuticas desenvolvidas na unidade pela própria especificidade da clientela, a existência de uma oficina que priorizava o lúdico como recurso de retomada do desenvolvimento das crianças envolvidas era uma novidade. Além disso, é importante ponderar sobre a função do brincar para crianças autistas e psicóticas e de que modo tal atividade, exercida entre outras crianças, pode operar de modo terapêutico.

No tocante às crianças autistas, as mesmas raramente brincam. E não brincar é, por si, um forte indício de que algo não vai bem. (WINNICOTT, 1975) A brincadeira, ao contrário do que se pensa comumente, é um trabalho sério que envolve a experimentação por parte da criança de papéis a serem vividos posteriormente, bem como a elaboração de suas experiências de frustração, como bem ilustrou Freud ao observar o jogo do *Fort-da*, através do qual seu neto, através da repetição, digeriu as assim

percebidas desapareções e os retornos de sua mãe. A capacidade de fazer de conta, na ausência do objeto, prepara ainda a criança para a atividade de representação e simbolização, potencialidades cruciais para o desenvolvimento das funções psíquicas. Além disso, há uma dimensão mais libidinal, de trocas com o outro, presente nas brincadeiras, que precisa também ser lembrada. E, nesse sentido, chama a atenção que não apenas as crianças autistas raramente brincam, como raramente brincam com suas mães (ou com quem ocupa esse lugar).

A ausência dessa dimensão prazerosa na relação das crianças autistas com suas mães foi destacada por Laznik-Penot (1997) ao falar que, nesses casos, o terceiro tempo do circuito pulsional não se faria notar. Expliquemos melhor. A autora retoma Freud e sua ideia de que a criança inicialmente experimenta o prazer no contato com o corpo do outro. Esse prazer vem associado à alimentação, mas ultrapassa a mera supressão de uma necessidade biológica – teríamos aqui formado o primeiro tempo do circuito pulsional. Em seguida, pelas marcas deixadas pelas experiências de uma satisfação a mais, a criança busca, no seu próprio corpo, reviver o prazer sentido. Assim, ela suga seu polegar ou outra parte do seu próprio corpo; pode ainda acariciar a própria pele com um pano ou encontrar outros modos de satisfação – configura-se então o autoerotismo, marca do segundo tempo pulsional. O terceiro tempo, por sua vez, envolve uma relação de troca com o outro, no qual a criança se coloca como objeto de prazer para esse outro e se satisfaz com esse jogo. Várias brincadeiras entre o bebê e seu cuidador nos permitem visualizar esse momento. Por exemplo, quando a criança oferece partes de seu corpo para que o outro finja que a devora e, quando isso ocorre, ela gargalha, ou quando a mesma oferece seu braço para a famosa brincadeira do fura bolo. Nesse momento, a criança se enlaça ao outro via o prazer compartilhado. Quando observamos crianças autistas com suas mães, esse terceiro tempo raramente se mostra presente, não obstante essas mães estejam constantemente conectadas aos seus filhos e cuidem dele, do ponto de vista operativo, de modo bastante apropriado – elas limpam,

alimentam, colocam para dormir, com frequência com a criança colada ao seu corpo – mas não se dirigem às suas crianças nem tampouco brincam com elas.

O brincar nas oficinas propostas tinha, portanto, a função de instalar para os autistas, de modo mais particular, um tipo de ludicidade que permitisse vivificar seu corpo na relação com o outro. E o outro não era encarnado apenas pelas residentes; as crianças, de certo modo, esboçaram interações entre si que tiveram efeitos terapêuticos muito interessantes. Nesse sentido, foi rica a mistura de crianças com diagnósticos distintos – autistas e com traços psicóticos. Essas últimas, geralmente, convocavam as outras para uma (inter)ação que, no decorrer das oficinas, começava a se esboçar. Obviamente, as residentes tinham um papel importante na mediação dos encontros e desencontros que aconteciam entre as crianças. Vale ressaltar que os encontros eram fugazes e, por vezes, a angústia trazida pelas residentes reportava à desagregação que, em muitos momentos, imperava.

Além de mediar os esboços de interação, as residentes eram orientadas para estarem sempre atentas, com uma atenção flutuante, sustentando a disponibilidade para o jogo com as crianças. Em outros momentos, elas tomavam as atividades estereotipadas às quais muitas crianças se entregavam, banhando essas atividades com palavras que pudessem enxertar um sentido diferenciado à repetição que ali persistia. Por exemplo, uma criança que chutava os restos de um brinquedo, de um lado para o outro da sala, era interpelada por alguém que tomava seu gesto como um jogo de futebol e respondia ao seu comportamento a partir dessa interpretação.

Pensando especificamente nas crianças psicóticas que participaram dessas oficinas, o estar com outros também foi um exercício importante, mas de um modo diferente daquele que foi para as autistas. Se, para essas últimas, tratava-se de apartar-se, instituir-se como um corpo erotizado entre outros; para as crianças psicóticas, o trabalho era outro. Essencialmente, fazia-se necessário contornar o excesso de erotização que agitava

seus corpos e inviabilizava os limites que poderiam regular sua relação com os que estavam a seu redor. Além disso, havia a fragmentação presente na ordem da linguagem e, diante dessa fragmentação, também foi necessário dar continuidade para que o resgate da dimensão comunicativa pudesse acontecer.

Algumas das crianças que frequentavam a oficina também estavam nos Espaços de Convivência; nome dado aos momentos em que a prática entre vários era priorizada como estratégia de cuidado. Mas, antes de falarmos da residência nesses espaços e dos impasses vivenciados pela equipe, de modo mais amplo, com relação aos mesmos, precisamos entender melhor a proposta desse dispositivo que já existia antes da chegada da residência.

A técnica chamada “prática entre vários” surgiu em três instituições que fazem parte de uma rede internacional de instituições infantis (RI3) – L’Antenne 110 (Bélgica); Le Courtil e Nonette (França) – com o objetivo de oferecer uma estratégia de cuidado que atendesse às particularidades das crianças portadoras dos transtornos mais desagregadores, as quais não conseguem permanecer em oficinas e grupos mais estruturados. Criou-se então um espaço onde profissionais diversos e crianças circulam de modo mais livre, sendo que há por parte desses profissionais o cuidado de acompanhar o movimento dessas crianças e, a partir desse acompanhamento, fazer intervenções que propiciem o trabalho de (re) estruturação das mesmas. Foi partindo dessas experiências primeiras que Jacques Alain-Miller propôs a prática entre vários como modo de operar, a partir da psicanálise, na clínica destinada a crianças autistas e psicóticas. (PINTO, 2007) A discussão sobre a terminologia que designa essa prática, se entre muitos ou entre vários, diz respeito a uma discussão em torno do que é mais relevante nesse contexto: 1) a existência de um quantitativo de terapeutas no lugar de apenas um que estabeleceria com a criança uma relação dual, assim, os muitos fariam com que a presença do outro se tornasse menos ameaçadora ou invasiva; 2) ou a

inclusão de técnicos que, além de provocarem essa dispersão em termos transferenciais, operam também a partir de saberes e trajetórias distintas.

Uma experiência com tal prática, no Brasil, foi relatada por Pinto (2007) no livro que expõe o trabalho clínico construído no CAPSi Eliza Santa Roza, no Rio de Janeiro. A autora, tendo vivido o dispositivo em questão, descreve seu funcionamento nos seguintes termos:

O dispositivo é uma intervenção que se propõe num espaço clínico ampliado, no qual *todos os espaços do CAPSi são tomados como espaços clínicos*: sala, pátio, corredor, entre outros. É uma *prática feita entre muitos técnicos e entre muitos pacientes*, o que não significa um agrupamento, mas a permanência desses profissionais e pacientes num mesmo espaço físico acompanhando o percurso a ser construído por cada paciente. (PINTO, 2007, p. 70, grifos do autor)

A definição acima captura uma especificidade da clínica com crianças autistas e psicóticas: a impossibilidade apresentada por algumas dessas (de modo mais acentuado entre as que têm o diagnóstico de autismo) de fazer grupos. Por isso, um CAPSi precisa, além das oficinas e dos grupos que podem e devem ser ofertados para os que deles se beneficiam, contar com espaços menos estruturados que propiciem o trabalho psíquico a ser feito por essas crianças de se constituírem enquanto sujeitos.

Pinto (2007) resgata ainda a sistematização feita por Stevens dos quatro eixos que guiaram a experiência em *Le Courtil* e são condições para a prática entre vários. O primeiro desses eixos seria a desespecialização, ou seja, que cada técnico possa assumir o lugar do não-saber; por outro lado, a formação que diz respeito à capacidade de se espantar e indagar, ou seja, produzir saber a partir do caso a caso; a invenção que trata de permitir essencialmente a invenção do sujeito e a transmissão que se refere à formalização de uma trajetória percorrida e do saber elaborado a partir dessa prática. Outros eixos apresentados por Di Ciaccia (2003 apud FIGUEIREDO; GUERRA; DIOGO, 2006, p. 133) são

1) A reunião dos membros da equipe, o lugar de fala que visa evitar o objetivação da criança; 2) A função do responsável terapêutico, encarnada por qualquer um, mas não um qualquer da equipe; 3) A referência teórica e clínica de orientação lacanianiana do campo freudiano.

O último dos eixos destacados – a orientação lacanianiana – talvez seja um dos mais difíceis de serem seguidos, posto que as equipes não são uniformes no que diz respeito à sua orientação teórica. Por outro lado, é a partir desse referencial que a prática entre vários encontra fundamentação, portanto não utilizar o mesmo é abrir mão desse recurso e trabalhar em outra perspectiva.³

O CAPSi, no qual a residência se inseriu, introduziu a prática entre vários a partir do próprio movimento da equipe que, nela, percebeu a possibilidade de melhor atender uma parcela das crianças que o frequentava e não se enquadrava, por assim dizer, nas atividades mais estruturadas ali propostas. Importante ressaltar que muitas crianças se encontravam nessa situação. Quando se iniciou essa prática, não havia, no entanto, uma apropriação da teorização acerca dessa proposta; o próprio nome prática entre vários não era de conhecimento dos técnicos. O contato maior com os textos que versavam sobre essa forma de atender só aconteceu posteriormente. De qualquer modo, os residentes, ao começarem suas atividades no CAPSi, já encontraram a prática entre vários iniciada – e rebatizada com o nome de Espaços de Convivência e, pelo menos entre alguns técnicos, uma maior aproximação com a reflexão teórica que fornecia um sentido terapêutico ao estar com as crianças e adolescentes nesses espaços.

3 Vale destacar que, apesar de estarmos centrando nossa discussão na adoção da prática entre vários em um CAPSi, autores como Figueiredo, Guerra e Diogo (2006) defendem que a mesma pode ser utilizada no atendimento de adultos com transtornos mais graves e que, em decorrência do seu estado clínico, não conseguem estar em atividades mais estruturadas.

Obviamente, foi necessário certo tempo para que os residentes fossem se apropriando da proposta e, mais ainda, pudessem nela investir. Para esse processo de apropriação, foi de extrema importância a participação dos residentes nas discussões que aconteciam após os espaços de convivência com os profissionais que deles participavam. As reuniões propiciavam um acompanhamento mais cuidadoso de cada caso, além de trazer para os próprios técnicos a possibilidade de compartilhar suas inquietações sobre o andamento do trabalho. No entanto, desde o início, foi visível que cada espaço acabava tendo uma configuração muito particular e que isso dependia, em grande parte, dos profissionais envolvidos e do quanto os mesmos acreditavam nesse dispositivo. Se considerarmos que acreditar nesse dispositivo demandava também compartilhar de pressupostos da clínica psicanalítica e que nem todos profissionais partiam desse solo em comum, é fácil entender que os investimentos feitos nesse espaço não poderiam ser os mesmos. Assim, havia espaços em que os profissionais realmente estavam disponíveis para acompanhar o movimento das crianças e outros, nos quais os técnicos mais pareciam estar apenas “tomando conta” dos que ali estavam, sem nenhuma aposta maior, fosse no dispositivo, fosse na possibilidade de avanço daquelas crianças. Isso se refletia na existência, ou não, de discussão após os espaços. Para os residentes, que estavam divididos em duplas, a inserção nos Espaços de Convivência variava muito, de acordo com o grupo de técnicos com os quais eles compartilhavam a tarefa.

Além dessas dissonâncias presentes entre técnicos, uma das muitas crises, relativas aos vínculos trabalhistas da equipe, fez com que, pouco tempo depois da entrada do primeiro grupo, muitos profissionais optassem por sair do CAPSi. Infelizmente, pessoas de grande importância na sustentação tanto dos Espaços de Convivência, como de outras atividades relevantes, partiram nesse momento. Durante esse período, os espaços, que já estavam funcionando de modo precário, fragilizaram-se ainda mais. Em alguns momentos, as residentes ficavam sozinhas, sendo delegado a elas a função de dar continuidade à proposta, quando os próprios

técnicos da unidade não se dispunham a tanto. Uma demanda que precisava ser trabalhada, pois, em última instância, as residentes recebiam uma missão insustentável do ponto de vista ético: que dessem conta de um dispositivo que, por motivos diversos, não era mais fonte de investimento por parte da equipe. Muita mediação foi necessária com a preciosa ajuda da preceptora de serviço que, não obstante sua capacidade técnica e seu compromisso com a clínica ampliada, foi convidada, pouco tempo depois, a sair do CAPSi, sendo remanejada para outro serviço.

O momento de crise, por outro lado, reforçou nossa percepção do quanto a residência multiprofissional é relevante. Em primeiro lugar, pelo fato dos residentes terem conseguido, com uns poucos profissionais, sustentar o serviço em um momento de intensa desagregação da equipe. Durante o período mais crítico, os usuários não ficaram, portanto, desassistidos. Além disso, foi perceptível o quanto a residência funcionou como espaço de educação permanente não apenas para os próprios residentes, mas para a equipe que também era impactada pelos questionamentos emergentes e envolvida nas propostas implementadas.

A FRAGMENTAÇÃO DO SOFRIMENTO NA INFÂNCIA E A DISSOLUÇÃO DA EQUIPE

É possível observar, através do relato que aqui fazemos, que a equipe do CAPSi foi passando por um progressivo processo de desmontagem que, em muito, tem dificultado o bom andamento da residência e, o que é mais grave, que a atenção à saúde mental infanto-juvenil avance em Salvador. Por outro lado, tudo que tem sido vivido torna-se matéria de aprendizagem para o grupo de residentes que estão fazendo uma formação voltada para a clínica no contexto dos dispositivos públicos de saúde mental. Afinal, aprender essa clínica é também lidar com seu entorno político. Em se tratando de matéria de aprendizagem, conforme

afirmamos, consideramos importante aqui problematizar também essa desmontagem que leva, em última instância, à desconstrução dos próprios avanços obtidos com a implementação da reforma em Salvador.

Falamos anteriormente um pouco da história desse serviço, criado a partir de um ambulatório de atendimento infanto-juvenil. O ambulatório funcionava no espaço pertencente a um hospital psiquiátrico e, mesmo que tenha sido construída uma separação de tijolos no momento de criação do CAPSi, um portão continuava a ligar os dois serviços, simbolicamente representando a ruptura, que nunca ocorreu por completo. A direção do hospital continuou a ter ingerência sobre o CAPSi, sendo maior ou menor sua influência de acordo com a coordenação vigente.

Além disso, os profissionais sempre tiveram vínculos diversos, podendo ser concursados (esses sempre foram minoria) ou terceirizados (que se subdividiam em dois grupos: os cooperativados e os contratados através da Fundação da Associação Bahiana de Medicina como prestadores de serviço). Do ponto de vista da gestão, a configuração que derivava não era facilmente administrável. Os três vínculos trabalhistas resultavam em diferenças: em termos salariais, com relação à periodicidade de pagamento (os únicos que tinham data certa para receber eram os concursados, sendo que os outros passavam até três meses sem receber nada) e com relação à carga horária. Obviamente, entre os trabalhadores com maior fragilidade em termos de vínculos trabalhistas, a insatisfação era grande e a rotatividade acabou sendo uma constante. Além do mais, os critérios para contratação nem sempre contemplavam o conhecimento referente à clínica com crianças e adolescentes, autistas e psicóticos, o que fazia com que alguns entrassem no CAPSi apenas em função dali se vislumbrar uma oportunidade de emprego.

Esse cenário político teve obviamente repercussões importantes no modo pelo qual o serviço foi se (des)estruturando. Rotatividade, profissionais vulnerabilizados, fosse pelo contexto de trabalho, fosse pelo não desejo em trabalhar com essa clínica, e gestões que nem sempre

foram democráticas e autônomas com relação ao hospital fizeram com que uma equipe nunca pudesse efetivamente se constituir enquanto tal.

Além desses elementos, é preciso considerar que trabalhar com a clínica voltada para crianças autistas e psicóticas, desperta angústias muito arcaicas naqueles que se dispõem a fazer esse tipo de atendimento. Como se trata de formas de sofrimento que colocam em pauta o processo de estruturação de um sujeito que traz como fundo a possibilidade de não-ser, ou seja, o risco ou a angústia de aniquilamento, é preciso um preparo que não passa apenas pelo conhecimento, mas pelo trabalho pessoal e pela supervisão. Uma supervisão não apenas individual, mas também grupal que fizesse com que a equipe pudesse se formar através justamente do que ela tinha a compartilhar: o atendimento de cada criança ou adolescente recebido no CAPSi. Aliás, é pela clínica e pela supervisão que, em boa parte, a interdisciplinaridade pode se fortalecer. É justamente na discussão dos casos clínicos que os discursos diversos têm a chance de se entrelaçar para construir o projeto terapêutico.

Se a supervisão de equipe só existiu nos primórdios desse CAPSi e com muitas dificuldades, há muito tempo esses profissionais estavam sozinhos e o que os residentes puderam acompanhar de perto foi que cada vez mais a clínica era deixada de lado nas reuniões, que não apenas foram encurtadas em sua durabilidade, mas cada vez mais eram tomadas apenas por questões administrativas. Todo esse entorno aqui relatado levou os residentes a terem que desenvolver a dupla habilidade de sustentar a clínica perante as crianças e seus familiares e sustentar a clínica quando grande parte da equipe dissolvia-se entre o despreparo para atender a clientela em questão e gestões que agravavam ainda mais a não direção do tratamento.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Ao longo desse capítulo, esperamos ter contemplado as especificidades da clínica e da residência num serviço como o CAPSi, demonstrando que essas especificidades estão imersas em questões políticas que, de modo muito direto, incidem sobre a qualidade da assistência. Vimos que os residentes tiveram que se apropriar do trabalho com o autismo e a psicose na infância e na adolescência num contexto no qual os profissionais se encontravam fragilizados por motivos diversos e, assim sendo, nem sempre estavam disponíveis para dar o suporte necessário para os que ali estavam em formação.

Claro que exceções existiram; tivemos todo apoio de uma preceptora de campo conhecedora dessa clínica e hábil em contornar com os residentes as dificuldades presentes, além de outros profissionais que se tornaram grandes parceiros. Um dos grandes desafios da residência, afinal, tem sido justamente esse: formar residentes em serviços que funcionam ainda com uma distância significativa daquilo que se preconiza com a reforma e a clínica ampliada. Além disso, nesses serviços, profissionais despreparados e com frágeis vínculos trabalhistas sentiram-se, por vezes, ameaçados com a presença dos residentes e com o convite por eles encarnado de fazer diferente.

Mesmo com todas essas dificuldades, acreditamos que a residência tem ensinado algo muito precioso; algo que nos é transmitido de modo muito singular pela clínica com a clientela do CAPSi: que é preciso apostar. Quando tudo nos convida a desistir, é preciso persistir e sustentar uma posição ética condizente com essa aposta. Trata-se aqui de investir na capacidade dessas crianças de advirem enquanto sujeitos e na construção de uma clínica propiciadora desse processo.

Referências

- BERNARDINO, L. M. F. *As psicoses não-decidas da infância: um estudo psicanalítico*. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2004.
- COSTA, T. *Psicanálise com crianças*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 2007.
- CULLERE-CRESPIN, G.; FERNANDES, C. M. *A clínica precoce: o nascimento do humano*. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2004.
- DOR, J. *O pai e sua função em psicanálise*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1991.
- FERNANDES, L. R. *O olhar do engano: autismo e o outro primordial*. São Paulo: Escuta, 2000.
- FERREIRA, T. Sob o manto da deficiência. In: FERREIRA, T. (Org.). *A criança e a saúde mental: enlances entre a clínica e a política*. Belo Horizonte: Autêntica, 2004. p. 13-22.
- FIGUEIREDO, A. C.; GUERRA, A. M. C.; DIOGO, D. R. A prática entre vários: uma aplicação da psicanálise ao trabalho em equipe nos Centros de Atenção Psicossocial. In: BASTOS, A. (Org.). *Psicanalisar hoje*. Rio de Janeiro: Contra Capa, 2006. p. 123-142.
- GEISSMAN, C.; GEISSMAN, P. *A criança e sua psicose*. São Paulo: Casa do Psicólogo, 1993.
- LACAN, J. *O seminário, livro 11: os quatro conceitos fundamentais da psicanálise*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1995.
- LACAN, J. *O seminário, livro 7: a ética da psicanálise*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1988.
- LACAN, J. *O seminário, livro 5: as formações do inconsciente*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1999.
- LACAN, J. O estádio do espelho como formador da função do Eu. In: LACAN, J. *Escritos*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1998. p. 96-103.
- LAZNIK-PENOT, M. C. Poderíamos pensar numa prevenção da síndrome autística? In: BRITO, D. W. (Org.). *Palavras em torno de berço: intervenções precoces bebê e família*. Salvador: Ágalma, 1997.

PINTO, R. F. *CAPSi para crianças e adolescentes autistas e psicóticos: a contribuição da psicanálise na construção de um dispositivo clínico*. Rio de Janeiro: Museu da República, 2007.

SCHMID, P. Pensando a rede de saúde mental infanto-juvenil no Rio de Janeiro e os casos graves. In: FERREIRA, T. (Org.). *A criança e a saúde mental: enlaces entre a clínica e a política*. Belo Horizonte: Autêntica, 2004. p. 111-12.

TENÓRIO, F. Da reforma psiquiátrica à clínica do sujeito. In: QUINET, A. *Psicanálise e psiquiatria: controvérsias e convergências*. Rio de Janeiro: Rios Ambiciosos, 2001. p. 121-131.

WINNICOTT, D. W. *O brincar e a realidade*. Rio de Janeiro: Imago, 1975.

Desafios na construção de um CAPSi

Suely Galvão Barreto

Estima-se que de 10% a 20% da população de crianças e adolescentes sofram de transtornos mentais. Desse total, de 3% a 4% necessitam de tratamento intensivo.

(BRASIL, 2005, p. 5)

INTRODUÇÃO

Os casos de crianças e adolescentes com problemas mentais no Brasil estiveram por muito tempo relegados à invisibilidade e, como consequência, observamos a precariedade de uma rede de serviços específicos para esta população. O cuidado, quando existia, era delegado a instituições, algumas do tipo asilar, em que as propostas de tratamento baseavam-se em práticas pedagógicas tradicionais e/ou repressoras. (COUTO, 2004)

Como forma de tornar mais visível a necessidade de atenção especial a crianças e adolescentes com problemas de ordem mental, traremos aqui um pouco da história de um Centro de Atenção Psicossocial à Infância (CAPSi) e de aspectos do cotidiano deste serviço: a dinâmica intra CAPSi –

o acolhimento e o Plano Terapêutico Individual/Singular (PTI/S), e a tentativa de construção da intersectorialidade – o trabalho no território.

Para falar sobre a atenção a crianças e adolescentes no Brasil, temos que ter como base a Constituição de 1988 e o Estatuto da Criança e do Adolescente (BRASIL, 1990), documentos que apontam para a necessidade de atenção integral a esta população, considerando estes como sujeitos de direitos.

No entanto, no que toca mais especificamente as questões da atenção em saúde mental desta população, esta vem se desenvolvendo com o amadurecimento das discussões no movimento denominado de Reforma Psiquiátrica Brasileira, no qual as questões dos transtornos mentais de crianças e adolescentes foram colocadas em pauta, a princípio na 2ª Conferência, e de forma mais contundente na 3ª Conferência de Saúde Mental. Estas discussões contribuíram, dentre outras questões, para a ampliação da ideia dos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), englobando esta população específica, constituindo o CAPSi.

Apesar desse empenho, o CAPS, de uma forma geral, foi pensado para uma população adulta. Por isso, torna-se necessário atentar para as particularidades da clientela, quando o mesmo se dirige ao cuidado de crianças e adolescentes. Portanto, no CAPSi é necessário investimento teórico-prático para que haja apropriação por parte dos profissionais da clínica com crianças portadoras de transtornos severos e uma atenção especial para não criar uma cultura institucionalizante.¹ Nesta direção, o trabalho com o território deve ser dinâmico, apoiado na intersectorialidade, corresponsabilidade e com sensibilidade nas intervenções.

1 A discussão em torno das pessoas com transtornos mentais perpassa pelo tema da desinstitucionalização, que sinteticamente se entende por um processo complexo de desconstrução de uma cultura de institucionalização de pessoas e de relações de poder entre os pacientes e a instituição. Este processo tende a produzir estruturas que substituam o manicômio. (ROTELLI; LEORNARDIS; MAURI, 2001) No lidar com crianças e adolescentes, é importante que os profissionais estejam atentos para que essa população não trilhe o caminho da institucionalização.

O sujeito é o ponto de partida e chegada, porém as intervenções ocorrem nos espaços coletivos. Tais Intervenções podem fazer a diferença – no caminhar da vida – de vidas que estão muitas vezes se iniciando.

Uma das diferenças entre os CAPS é que no CAPSi, por atender crianças e adolescentes, as intervenções podem evitar que os usuários caminhem para a institucionalização psiquiátrica. Para tanto, o entendimento da Portaria nº 189/02 do Ministério da Saúde (BRASIL, 2002) sobre regime intensivo deve ser relativizado em relação a esta clientela, mesmo nos casos graves. Portanto, a estratégia de intervenção deve privilegiar a participação dos sujeitos em outros locais, como a escola, o grupo de amigos, lazer, prática de esporte, dentre outros. (BRASIL, 2005) A intersectorialidade deve ser o eixo que direciona a abordagem e a elaboração dos projetos terapêuticos individuais/singulares. Esta contribuirá para que a direção do trabalho no território possibilite a construção do sujeito de direitos e responsabilidade.

Dentro dessa perspectiva, o Ministério da Saúde produziu o documento intitulado *Caminhos para uma política de saúde mental infanto-juvenil*/ Ministério da Saúde (BRASIL, 2005), no qual propõe que as intervenções partam do princípio de que – “antes e primeiro que tudo, é preciso adotar como princípio a ideia de que a criança ou o adolescente a cuidar é um sujeito.” (BRASIL, 2005, p. 11) Esta aparente sutileza pode remodelar a direção das intervenções com esta clientela. No entanto, a aproximação entre a ideia e a real execução da proposta sofre influências de diversos fatores, entre eles a experiência e competência dos trabalhadores e a condução da gestão no serviço e nas secretarias de saúde.

Neste estudo, levantaremos dois motivos pelos quais a formação de trabalhadores tem se apresentado como uma questão. No primeiro, percebe-se que, em função do pouco investimento na atenção a esta clientela ao longo dos anos, não houve interesse dos profissionais nesta qualificação específica. No segundo, essa forma de olhar/direcionar as intervenções para as crianças e adolescentes com transtornos mentais é relativamente recente na rede de saúde. Estes problemas têm se

constituído como um dos desafios na ampliação dos CAPSi e de ambulatórios específicos, ao observarmos que são poucos os profissionais com experiência, atentos às especificidades deste público.

Outro problema é a inexistência de discussões mais aprofundadas, pelo menos no nosso Estado, de qual seria a configuração de uma rede ‘ideal’ para a atenção à população infanto-juvenil com sofrimento psíquico. Neste campo específico da Saúde Mental Infanto-Juvenil, as discussões vêm amadurecendo com a instituição do Fórum Nacional de Saúde Mental Infanto-Juvenil, espaço cuja função é estabelecer diálogos e a “construção de consensos possíveis sobre o tema, consolidando as redes de serviços, de forma que possam fazer frente aos diferentes problemas apresentados pelas crianças e pelos adolescentes portadores de transtornos mentais.” (COUTO, 2004, p. 70) Entretanto, o mesmo requer ainda uma maior participação dos atores envolvidos no processo, para que as direções decididas nestes fóruns venham a ser implementadas no cotidiano das práticas.

Dentre as modalidades de CAPS (CAPS I, II, ad, i e III) instituídas pelo Ministério da Saúde, são 95 CAPSi no Brasil, em 2008, num total de 1296 CAPS. (BRASIL, 2008) Na Bahia, existem apenas quatro CAPSi credenciados. A invisibilidade da atenção a crianças e adolescentes com transtornos mentais é fato, haja vista o número de serviços aquém das necessidades da população. O que ocorre no nosso Estado? Não existem crianças e adolescentes com problemas ou não há interesse dos municípios em implantá-los? Para onde vão as crianças e adolescentes que sofrem de algum transtorno mental? Questionamentos como estes merecem um maior aprofundamento, porém nos deteremos na história do primeiro CAPSi da Bahia, o CAPSiA Liberdade, sobre o qual abordaremos aspectos da dinâmica do serviço e experiências da intersectorialidade. Este CAPSi foi um dos locais de prática da residência multiprofissional de Saúde Coletiva com ênfase em Saúde Mental do Instituto de Saúde Coletiva da Universidade Federal da Bahia (ISC/

UFBA), esta preocupada também com a formação dos profissionais nas especificidades da saúde mental.

UM POUCO DE HISTÓRIA DO CAPSia LIBERDADE

O CAPSia Liberdade iniciou suas atividades em maio de 2004, concebido pela gestão estadual com o objetivo de ser docente-assistencial devido às dificuldades de investimento no campo da saúde mental no município de Salvador, na época. O mesmo foi implantado no espaço do ambulatório infanto-juvenil, pertencente ao Hospital Especializado Mário Leal (HEML). O referido ambulatório teve início na década de 1980 e, apesar de na sua concepção ter uma proposta inovadora e um funcionamento com uma equipe interdisciplinar, em 2003 o atendimento se limitava ao de um ambulatório tradicional. As intervenções ocorriam através de consultas individuais e raros grupos.

O CAPSia Liberdade herdou do ambulatório o espaço físico, alguns profissionais e a clientela. Para sua implantação, novos profissionais de diversas formações foram contratados ou relatados para compor a equipe, como terapeutas ocupacionais, assistentes sociais, pedagogos, fonoaudiólogos, musicoterapeuta, professor de educação física, além de enfermeiros, psicólogos e psiquiatras. Parte desta equipe inicial tinha alguma experiência em saúde mental e outros a tinham com crianças e adolescentes, especificamente. Porém, nesse primeiro momento, existia uma grande motivação em construir uma atenção diferenciada para esta população.

Alguns desafios se fizeram presentes na implantação desse serviço, dentre eles a indefinição do papel do CAPSia, que, por ter sido constituído a partir de um antigo ambulatório, contava com intervenções que giravam entre o formato de um atendimento ambulatório tradicional e a proposta de uma atenção dentro dos moldes de um CAPS. Era flagrante a existência de uma grande demanda para um tipo de atendimento

ambulatorial, tipo psicoterapia, principalmente entre os adolescentes. Referenciar na rede de saúde da cidade era um problema, devido à carência deste tipo de serviço que atenda ao SUS.

Com esta dupla intenção, nem sempre clara, de atuar como ambulatório tradicional e como CAPS, o serviço foi inchando em número de pessoas matriculadas e, com isto, existiu, de fato, uma dificuldade em acompanhar os usuários com a intensidade demandada, fazendo com que os casos, tanto os mais simples como também alguns muito complexos, fossem deixados sem a atenção necessária para um bom andamento.

A preocupação de que o CAPSia não se tornasse espaço de institucionalização de crianças e adolescentes era a base do trabalho; e isto influenciava a dinâmica. No entanto, esta filosofia dificultava a estruturação para aqueles usuários que necessitavam, em função do seu quadro, permanecer por certo período em regime intensivo no espaço do CAPSia.

Este, por ser um serviço novo, tinha uma proposta de intervenção que também era diferenciada do já conhecido e isto gerava certa angústia nos profissionais. Com o objetivo de acalmar essa angústia e criar um serviço de referência, foram realizadas algumas capacitações da equipe, que favoreceram uma direção na implantação do projeto terapêutico do serviço.

As reuniões foram locais privilegiados de formação/qualificação dos profissionais por ser espaço de discussão, negociação e construção coletiva. Nestes encontros, algumas questões sempre se fizeram presentes, como a do acolhimento, a definição do perfil da clientela, a estruturação e constituição das atividades, o usuário em crise e a direção do trabalho no território. Partindo desses questionamentos, várias apostas foram realizadas, construindo-se o primeiro projeto terapêutico institucional e o serviço se constituiu enquanto CAPSi.

A equipe que iniciou o serviço foi construindo uma lógica antimani-comial e intersetorial diferenciada. Entretanto, em função de contratos de trabalho precários dos trabalhadores, entre maio de 2004 e junho

de 2009, houve mudanças de muitos profissionais da equipe, o que dificultou o amadurecimento e a consolidação de algumas propostas de intervenção, além da extinção de muitas destas, com a saída dos profissionais que coordenavam.

DEMANDAS DO CAPSia: o acolhimento e o PTI/S

O acolhimento é a porta de entrada do serviço, momento de apresentações, da(s) pessoa(s) demandante(s) de atendimento e do serviço, com sua forma de organização e filosofia de atenção. Por ter esta característica, este é também o espaço no qual qualquer mudança de decisão ou dinâmica realizada no serviço logo aparece. Isto faz com que este momento/aspecto do serviço seja motivo de discussões recorrentes nas reuniões, e com que modificações na sua organização ocorram com frequência.

A denominação de acolhimento em lugar de triagem foi realizada na intenção de ser um espaço para uma primeira escuta das demandas do sujeito que procura o serviço. Entende-se o acolhimento não como uma função meramente administrativa, mas um momento em que vínculos podem ser formados e a real demanda pode ser minimamente identificada. Portanto, o acolhimento tem a função de:

[...] dar continência ao sujeito e não apenas ao seu quadro psicopatológico. Acolher significa promover condições para que aquele que sofre fale de seu mal-estar e de sua situação de vida a fim de possibilitar uma avaliação consistente e coerente com aquilo que foi transmitido, muitas vezes, também pelos familiares. (OLIVEIRA, 2000, p. 34)

A proposta de acolhimento deve propiciar contato com a dimensão subjetiva dos seus sintomas, bem como com a implicação do sujeito que sofre. Para isso dispomos da fala do usuário e do acompanhante, a escuta

de quem o acolhe e a observação da cena. Nesta, em geral, era introduzida lápis, papel e alguns brinquedos. A escuta atenta, que se dirigia não apenas ao dito, mas também a como é dito. Desta forma, o acolhimento se torna mais um momento de investigação do que de certezas.

Relataremos aqui um formato de acolhimento, construído em equipe, que funcionou por algum período no CAPS. Uma das questões precípuas era definir se o primeiro acolhimento deveria ser realizado individualmente, ou em grupo. No serviço, houve as duas experiências, porém a que mais preponderou foi a grupal.

No momento do primeiro acolhimento, as primeiras impressões definiriam os encaminhamentos. Estes tinham algumas opções: ser encaminhado para outros serviços da cidade, para o grupo de acolhimento, ou para o acolhimento individual, mais detalhado, caso matriculado no serviço. Ao grupo de acolhimento eram encaminhadas aquelas pessoas sobre quem não tinha ficado clara a demanda apresentada no acolhimento inicial. Este tinha como objetivos: ter clareza quanto à necessidade de atendimento no CAPSia, ou desfazer a demanda para aqueles casos que não caracterizam a necessidade de atendimento em saúde mental.

A definição de quais pessoas seriam atendidas no CAPSia provinha da interpretação do que seria considerado como casos graves e persistentes, de acordo com a Portaria n. 336/02 do Ministério da Saúde. (BRASIL, 2004) O entendimento do que era tido como grave nessa faixa etária é bastante complexo. O argumento para o atendimento de alguns usuários era que, mesmo que não fosse percebido como grave naquele momento, se não houvesse alguma intervenção no decorrer da vida do sujeito, o problema poderia se tornar um transtorno grave.

Dentre as demandas iniciais, os problemas de aprendizagem e de comportamento eram os mais frequentes. Existe, entretanto, uma compreensão de que estes sintomas se fazem mais presentes por ser de fácil identificação. Entendendo as demandas iniciais como uma possibilidade de se perceber ou de comunicar quando algo não vai bem, coloca-se a

necessidade de investigar melhor o que a criança/adolescente ou a família quer comunicar realmente.

Uma avaliação que vá além de ter um diagnóstico meramente clínico implica conhecermos e entendermos a situação do usuário para realizarmos um diagnóstico situacional. Como propunha Basaglia (apud ROTELLI, 2001), isto significa colocar entre parênteses a doença e entrar em contato com a existência-sofrimento do usuário. Por isso, a avaliação deve levar em conta não só os recursos dos usuários, como também os recursos da instituição em que estamos inseridos, os recursos dos familiares, da comunidade; enfim, da rede de cuidados que circundam o usuário para melhor definirmos as próximas ações do cuidado. (COSTA-ROSA, 2000; SARACENO, 2001)

A partir do diagnóstico situacional do usuário, discutia-se em equipe a construção de um Plano Terapêutico Individual/Singular (PTI/S), que direcionaria o acompanhamento. O profissional de referência tinha a função de gerenciar o caso. Este, às vezes, era o mesmo que fazia o acolhimento. Na construção do PTI/S, é importante ter em mente que o mesmo não se restringe a escolhas de atividades ou a colocação das pessoas em caixinhas predefinidas, mas que a construção, como o nome já aponta, fosse pensada na singularidade dos sujeitos e avaliada constantemente. Para isso, é necessário ter uma maior clareza dos objetivos e da finalidade do tratamento.

Para a construção do PTI/S, partia-se das atividades existentes no CAPSia, dentre elas as que seriam adequadas para aquele sujeito e as necessidades e articulações que deveriam ser realizadas no território. O PTI/S vai indicar a direção que se pretende dar ao tratamento daquele sujeito. O mesmo é avaliado periodicamente e, logicamente, sofre mudanças no processo.

Das atividades concebidas pelo CAPSia Liberdade, algumas ocorriam no espaço físico do serviço e outras em espaços da cidade. Tendo como premissa a não institucionalização das crianças e adolescentes, as atividades eram pensadas no sentido de favorecer a participação dos mesmos

em outros espaços do território, como na escola e nas atividades de lazer (esporte, praia, atividades culturais). Isso permitiu que muitos dos usuários, alguns do regime intensivo, não permanecessem de segunda a sexta no serviço, favorecendo que eles e a cidade convivessem com outras possibilidades de relacionamento. Para isto, foram necessárias articulações interinstitucionais com equipamentos sociais, instâncias jurídicas, serviços de saúde, mas também com pessoas próximas daquele usuário ou importantes na construção da rede.

O TRABALHO NO TERRITÓRIO E A CONSTRUÇÃO DE PARCERIAS

O trabalho no território auxilia na garantia dos direitos dos usuários, e daí da sua cidadania, pois levanta a necessidade de negociações por parte da equipe do CAPS com os familiares, a sociedade e com suas instituições. Portanto, o trabalho no território visa à permanência das pessoas nos seus espaços de vida.

No entanto, a articulação com o território foi e continua sendo o ponto frágil do serviço. Na proposta de atenção psicossocial, justamente o diferenciador é o agenciamento dos sujeitos no território e a articulação dos serviços, equipamentos e recursos da comunidade. Entretanto, é um trabalho que demanda tempo, interesse, criatividade, articulações, negociações e um perfil de profissional dinâmico e conciliador.

A partir de observações em alguns CAPS, identificamos que parece existir, de uma forma geral, uma força centrípeta que favorece que a grande maioria das atividades e intervenções ocorra no espaço físico do CAPS. Mudar hábitos e os desejos de manicômio (ALVERGA; DIMENSTEIN, 2006) que dão um certo conforto de atuação demanda um maior conhecimento e implicação dos trabalhadores com as diretrizes ético-políticas da reforma psiquiátrica. Isto requer um investimento na

capacitação dos trabalhadores e a estratégia de educação permanente pode ser muito eficiente neste sentido.

Na construção de uma rede ampliada de atenção em saúde mental para a criança e o adolescente, a intersetorialidade e a corresponsabilidade são tidas como fundamentais. Para tanto, são necessárias articulações com diversos setores. É necessário, todavia, que a ideia da intersetorialidade vá além de contatos pessoais e que possa construir uma linha de ação comum, pactuada e partilhada entre diferentes instituições. (COUTO, 2008)

Apesar dos desafios que se colocam na articulação com serviços e equipamentos sociais e da necessidade de maior qualificação profissional, a direção da intersetorialidade como eixo organizador produz diferença na atenção. Isto foi observado em algumas parcerias realizadas pelo CAPSi Liberdade. A título de ilustração, apresentaremos aqui duas experiências de articulações: uma com as escolas de uma das regiões que compõe o CAPSi, e outra com o acompanhamento de usuários no território, este realizado pelos residentes de saúde mental.

A necessidade de uma parceria mais estruturada com as escolas surgiu da identificação de que muitos dos encaminhamentos para o CAPSi Liberdade eram realizados direta ou indiretamente pelas Escolas. As pessoas com transtornos mentais são vistas como deficientes, causando certa ‘incapacidade’ dos professores em lidar com estas questões. Nesta perspectiva, é delegada então ao próprio indivíduo, ou à sua família, a necessária adaptação às normas sociais, sem maiores questionamentos das mesmas. Entretanto, por se considerar a escola como local de inclusão e aprendizagem (não só de conteúdo) para crianças e adolescentes, importante em nossa sociedade, foi pensada a articulação do CAPSi com as escolas, a fim de evitar que crianças e adolescentes não venham a ser estigmatizados e excluídos.

A proposta de intervenção nas escolas e creches tinha como princípio que, na maioria dos casos, pequenas intervenções, seja com crianças, adolescentes, cuidadores ou com professores, seriam suficientes e evitariam

o processo de estigmatização dos sujeitos, evitando seu enclausuramento no circuito da “saúde mental”. Isto é importante em função de observar que, mesmo com a estratégia do CAPS, os mesmos são identificados como local da loucura. Isso nos chamou a atenção quando alguns adolescentes recusavam o atendimento no CAPSia em função dessa representatividade do lugar.

Em função dessa constatação, foi proposta uma parceria com as escolas da região. Após discussões com a equipe do CAPSia e com a Coordenação Regional de Educação – Liberdade, foi elaborada uma proposta, composta de três momentos. Um deles era a discussão com os professores sobre questões da saúde mental, no intuito de transmitir informações não apenas sobre os transtornos, mas também sobre as novas perspectivas de tratamento pautadas na reforma psiquiátrica. Existia como preocupação central durante todo o processo desmistificar algumas certezas sobre as crianças consideradas portadoras de transtornos. As questões discutidas eram sugeridas pelos professores. As solicitações mais frequentes diziam respeito aos problemas da aprendizagem, dislexia, de comportamento e de Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade (TDAH). Além desses, apareciam a ansiedade e a depressão. Os encontros aconteciam nas escolas da região ou no próprio serviço.

Outro momento, nomeado de supervisão, ocorria no espaço do CAPSia e era composto de dois trabalhadores do CAPS e professores, no máximo dez, indicados pelas escolas. O objetivo era a criação de estratégias e empoderamento dos professores para lidar com alunos que apresentassem algum tipo de sofrimento mental. A metodologia consistia na discussão de casos reais trazidos pelos professores, sendo estimulada a construção, pelo grupo, de estratégias de enfrentamento para garantir intervenções mais sensíveis com o aluno, tanto individualmente quanto no coletivo da sala ou da escola. Este grupo foi coordenado, em dupla, em momentos diferentes, por profissionais de pedagogia, psicologia e terapia ocupacional.

O terceiro momento, mas não necessariamente nessa ordem, era o trabalho realizado com os pais e os alunos separadamente, no qual eram trabalhados temas sobre cidadania. Este, proposto e coordenado por assistentes sociais, sempre acontecia nas escolas e em turnos diversos.

A aproximação de algumas escolas, seus diretores e professores com os profissionais do serviço ocorreu de fato, favorecendo outras possibilidades de intervenção do professor com seus alunos considerados problemas, como também a inclusão e manutenção de crianças e adolescentes em tratamento no CAPSia e nas escolas. Entretanto, mereceria maiores reflexões a continuidade do projeto, pois, em avaliação sobre esta parceria, um dos pontos percebidos foi que o número de encaminhamentos das escolas para o CAPSia aumentou.

A outra experiência apresentada será contada a partir do lugar de preceptora da residência. A entrada dos residentes de saúde coletiva com ênfase em saúde mental do ISC, no CAPSia Liberdade, ocorreu em momentos conflituosos e difíceis no serviço. Os residentes colaboraram no fortalecimento de algumas atividades já existentes, propuseram outras que foram percebidas como necessárias, mas fizeram a diferença na articulação do CAPSia com o território. Esta articulação ocorreu nos acompanhamentos dos usuários no território, nas articulações com os serviços ou equipamentos que tinham interface com a clientela do CAPS.

Entende-se território não apenas como espaço geográfico e o bairro de domicílio do sujeito, mas como o conjunto de referência sociocultural e econômica que desenha a moldura de seu cotidiano, de seu projeto de vida, de sua inserção no mundo. (TUNDIS; COSTA, 1987) O trabalho no território possibilita a tessitura de fios, que são as instâncias pessoais e institucionais que atravessam a experiência do sujeito.

O acompanhamento dos usuários no território é uma atividade do CAPSia, porém, por questões diversas, isto pouco ocorre. Percebendo esta dificuldade, foi proposto aos residentes que acompanhassem algumas crianças e/ou adolescentes de forma mais intensiva, sendo que grande parte do trabalho deveria acontecer nos locais de vida dos

sujeitos do cuidado. Nesta forma de acompanhamento, que propõe uma atenção diferenciada, percebem-se mudanças no sujeito e no cuidador, quer sejam no modo de 'olhar' o sujeito, na criação de possibilidades de outras socializações e articulações na vida, quer na sensibilidade de compreender contextos de vidas bastante difíceis e, a partir deles, construir estratégias em conjunto, que contribuam na superação das adversidades.

As articulações realizadas pelos residentes ocorreram com serviços e/ou equipamentos da região, com a família, com pessoas da comunidade, estas pensadas a partir de usuários do CAPSia Liberdade. O ponto de partida era a necessidade percebida e relatada do sujeito. A partir daí era possível produzir, amadurecer e consolidar articulações.

Estas articulações foram realizadas com outros serviços de saúde, principalmente com a atenção básica e a Estratégia de Saúde da Família (ESF). Nos serviços de atenção básica, próximo ao CAPSia, foram realizadas parcerias com o propósito de garantir vagas de atendimentos em algumas especialidades e laboratórios. Isto possibilitou que algumas crianças e adolescentes fossem acompanhadas também nas suas demandas clínicas. Apesar de parecer simples, isto foi construído a partir de relatos dos pais sobre a *via crucis*, nem sempre satisfatória, para conseguir o atendimento necessário, em função da organização do sistema de saúde, como também do preconceito de alguns dos profissionais.

Tendo como base a ideia de apoio matricial como um dispositivo articulador de um conjunto de estratégias fundamentais, dentre elas a articulação com a rede básica de saúde, no processo de construção e de transformação da assistência em saúde mental e como eixo orientador a responsabilidade compartilhada dos casos (BRASIL, 2003), foi proposta a articulação com o Programa/Estratégia de Saúde da Família (P/ESF).

Por já existirem iniciativas no CAPSia de contatos com algumas dessas unidades na região, foram realizados contatos com equipes e com a coordenação da atenção básica da região no sentido de saber as possibilidades em dar continuidade ao processo iniciado. Porém, devido ao período de greves e demissões de profissionais das equipes do P/ESF,

e depois por impedimentos de uma das coordenações do CAPSia, o trabalho não ficou consolidado. Entretanto, alguns dos profissionais que permaneceram foram sensibilizados.

Articulações também foram realizadas com setores da justiça, como o Ministério Público e os Conselhos Tutelares, estes de forma mais presente. Os contatos com o Conselho Tutelar geralmente tinham a função de garantir a continuidade do tratamento ou a permanência na escola das crianças e/ou adolescentes acompanhados pelo serviço. São contatos que envolvem uma complexidade de questões e sentimentos e, quando demandados, demonstram que não houve sucesso nas possibilidades de aproximação realizadas com os sujeitos envolvidos (usuários, família, instituições como a escola, dentre outras). Em alguns casos, contudo, mostrou-se necessária a presença desta lei.

Parceria também foi realizada com a Superintendência dos Desportos do Estado da Bahia (SUDESB), com o objetivo de possibilitar a prática de esportes para algumas crianças com problemas graves. Esta visava à inclusão social nas questões de esporte/lazer. Para sua implementação, foi disponibilizada a articulação com a atenção básica para a realização dos exames de saúde.

Outra contribuição dos residentes para o CAPSia foi o projeto nomeado de Comunidade viva, que tinha a proposta de conhecer e articular com os vários recursos do Distrito Sanitário da Liberdade. Deste projeto foi produzido um documento, no qual consta os serviços e equipamentos acessados e que serve como referência em relação aos serviços da comunidade.

As articulações realizadas partiram da necessidade de sujeitos concretos e suas famílias. Para tanto, foi necessário conhecê-los, entender suas necessidades e desejos e apostar, junto com eles, em possibilidades reais de intervenções no território.

Uma avaliação em relação às articulações realizadas é que chegar até a comunidade, serviço ou equipamento social era relativamente fácil. Entretanto, o desafio maior é manter e consolidar a parceria. Isto demanda

trabalho contínuo. Para que as articulações propostas pelos residentes tivessem continuidade minimamente assegurada, a estratégia foi envolver os trabalhadores do CAPSia através das discussões dos casos e acompanhamento conjunto.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O CAPSia Liberdade foi, ao longo dos cinco anos de funcionamento, com caráter estadual, desprestigiado por parte da gestão. Tal desamparo ficou patente, dentre outros fatores, na precariedade dos vínculos trabalhistas. Isto gerou uma alta rotatividade dos profissionais na equipe, fazendo com que um trabalho que estava ainda em construção fosse desmobilizado, impossibilitando a consolidação de várias ações no território e de uma clínica infanto-juvenil sólida.

Apesar das dificuldades pelas quais estava passando o serviço, a passagem dos residentes de saúde mental pelo CAPSia Liberdade obteve contribuições importantes. Em momento de desestruturação do serviço devido à iminência de demissão coletiva dos trabalhadores, os residentes sustentaram algumas atividades e crises dos usuários e, principalmente, colaboraram no acompanhamento de usuários no território e nas articulações com outros setores.

Esta passagem também foi importante na formação dos residentes, pois muitos deles serão profissionais da rede de saúde mental e esta aproximação com a clínica da infância e adolescência pode contribuir no fortalecimento da saúde mental desta população específica.

A importância deste tipo de serviço como um dos dispositivos de atenção em saúde mental para crianças e adolescentes é fato, porém ainda há um caminho a percorrer na qualificação do mesmo e desafios a enfrentar. Um deles, agora da gestão municipal, é apostar no funcionamento do CAPSia através da estabilidade, permanência e investimento nos trabalhadores e na escolha de coordenadores. É importante que estes

tenham conhecimento nesta área específica, competência e sensibilidade nas interações com os sujeitos e com a comunidade do entorno.

Da gestão estadual e do Ministério da Saúde, é necessário incentivar uma construção mais coletiva de políticas públicas para crianças e adolescentes com sofrimento mental, possibilitando mais espaços de discussões, quer sejam nos fóruns de discussões nacionais, quer em outros espaços municipais e/ou estaduais. É necessário, entretanto, que as decisões dos fóruns se tornem públicas e aplicadas no cotidiano das práticas dos serviços. Cabe também a esses gestores estimular os municípios no sentido de aumentar o número de CAPSi e outros serviços que garantam atenção a esta população.

Referências

ALVERGA, A. R.; DIMENSTEIN, M. A reforma psiquiátrica e os desafios na desinstitucionalização da loucura. *Interface*, Botucatu, v. 10, n. 20, p. 299-316, jul./dez., 2006. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/icse/v10n20/03.pdf>>. Acesso em: 27 abr. 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. Saúde Mental em Dados 5: Com dados para a análise da rede em grandes cidades. *Informativo eletrônico*, Brasília, v. 5, n. 3, 2008. Disponível em: <http://www.ccs.saude.gov.br/saudemental/pdfs/2008_SMD_05.pdf>. Acesso em: 27 abr. 2012.

BRASIL. Secretaria de Atenção à Saúde. *Caminhos para uma política de saúde mental infanto-juvenil*. Brasília, 2005. 75 p.

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

BRASIL. Ministério da Saúde. *Legislação em saúde mental: 1990-2004*. 5 ed. ampl. Brasília: Ministério da Saúde, 2004. (Série E: legislação de saúde)

BRASIL. Estatuto da criança e do adolescente: Lei federal nº 8069, de 13 de julho de 1990. Rio de Janeiro: Imprensa Oficial, 2002.

BRASIL. Ministério da Saúde. Coordenação de Saúde Mental. *Saúde mental e atenção básica: o vínculo e o diálogo necessários*. Brasília: Ministério da Saúde, 2003.

BRASIL. Portaria nº 189, de 2002 do Ministério da Saúde. Dispõe sobre a criação de nova modalidade e fonte de financiamento para os Centros de Atenção Psicossocial.

BRASIL. Portaria nº 336, de 2002 do Ministério da Saúde. Dispõe sobre a criação de normas e diretrizes para a organização dos Centros de Atenção Psicossocial e estabelece distintas modalidades: CAPS I, CAPS II, CAPS III, CAPSad, CAPSi.

BRASIL. Lei n. 8.069, de 13 de julho de 1990. Dispõe sobre o Estatuto da Criança e do Adolescente e dá outras providências. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Leis/L8069.htm>. Acesso em: 27 abr. 2012.

BRASIL. Constituição (1988). Constituição da República Federativa do Brasil. Brasília, DF: Senado Federal: Centro Gráfico, 1988. 292 p.

COSTA-ROSA, A. O modo psicossocial: um paradigma das práticas substitutivas ao modo asilar. In: AMARANTE, P. D. (Org.). *Ensaio: subjetividade, saúde mental e sociedade*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2000.

COUTO, M. C. V. Por uma política pública de saúde mental para crianças e adolescentes. In: FERREIRA, T. (Org.). *A criança e a saúde mental: enlances entre a clínica e a política*. Belo Horizonte: Autêntica, 2004.

COUTO, M. C. V.; DUARTE, C. S.; DELGADO, P. G. A saúde mental infantil na saúde pública brasileira: situação atual e desafios. *Rev Bras Psiquiatr*, São Paulo, v. 30, n. 4, p. 384-389, dez., 2008. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rbp/v30n4/a15v30n4.pdf>>. Acesso em: 27 abr. 2012.

OLIVEIRA, R. C. A recepção em grupo no ambulatório do IPUB/UFRJ. In: A clínica da recepção nos dispositivos de saúde mental. *Cad IPUB*, Rio de Janeiro, v. 6, n. 17, p. 30-91, 2000.

ROTELLI, F.; LEONARDIS, O.; MAURI, D. (Org.). *Desinstitucionalização*. 2 ed. São Paulo: Hucitec, 2001.

SARACENO, B. *Libertando identidades: da reabilitação psicossocial à cidadania possível*. 2 ed. Rio de Janeiro: Te Corá, 2001.

TENÓRIO, F. *A psicanálise e a clínica da reforma psiquiátrica*. Rio de Janeiro: Rios Ambiciosos, 2001.

TUNDIS, S. A.; COSTA, N. do R. (Org.). *Cidadania e loucura: políticas de saúde mental no Brasil*. Rio de Janeiro: Vozes, 1987.

Oficina do brincar

o lúdico no universo terapêutico

Sinthia Novaes Oliveira

Claudia Miranda Souza

INTRODUÇÃO

Um dos desafios que a Reforma Psiquiátrica vem fomentando é aproximar em seus debates e proposições sobre políticas públicas de saúde mental a inserção da atenção à população infanto-juvenil. (COUTO, 2004) Com um histórico marcado por legiões de crianças sendo institucionalizadas, submetidas à tutela, negação do sujeito e a toda banalização do chamado cuidado, os dispositivos pré-destinados ao público infantil tornam-se, em sua maioria, multiplicadores de ingressos na rede hospitalar psiquiátrica, construindo assim uma clientela que vem demandando uma maior atenção para reabilitação psicossocial. (CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE MENTAL, 2001) Para Couto (2004), várias crianças e adolescentes passam um longo período em busca de um atendimento especializado, sem êxito. Com o diagnóstico instituído, psicóticos e autistas encontram dificuldades para obter um tratamento, o que gera o aumento do sofrimento. A insuficiência de serviços em saúde mental voltados para a infância e adolescência, tanto em nível

local como nacional, bem como a inadequação dos modelos de atenção desenvolvidos para este grupo refletem o paradigma enfrentado na inserção das novas diretrizes da atenção em saúde mental, sustentadas na reforma psiquiátrica.

Dentro da dinâmica de mobilização social para reestruturação da Política de Saúde Mental, direcionada ao paradigma psicossocial, o Ministério da Saúde aprovou o Plano Estratégico para Expansão dos Centros de Atenção Psicossocial para a Infância e Adolescência (CAPSia), levando em conta a prioridade estabelecida pelos organismos internacionais, como a Organização Mundial de Saúde (OMS) e a Federação Mundial para a Saúde Mental. (BRASIL, 2003) O CAPSia representa a materialização de um compromisso da Constituição Federal de 1988, na busca de uma atenção de qualidade na área de saúde mental, na garantia da saúde como um direito de todos e um dever do Estado, bem como a efetivação dos direitos da criança e do adolescente, assegurados no Art.11º da Lei n. 8.069/90. (BRASIL, 1990)

Entretanto, a garantia do dispositivo em saúde mental voltado para a atenção infanto-juvenil nas diferentes regiões do país é ainda muito incipiente diante da demanda por esse tipo de serviço. Estatísticas do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (2008) apontam que a maior concentração de serviços para este tipo de demanda se concentra na região Sudeste, com 43,45%. Na região Nordeste, há uma disponibilidade em sua rede de 26,73%; a região Sul apresenta uma cobertura com 23,76%; a região Centro-Oeste dispõe de 3,96% e a região Norte e o Distrito Federal se caracterizam por um percentual limitado de 0,99%.

A diferença dos percentuais distribuídos no território nacional caracteriza a complexidade que a atenção à infância e adolescência vem atravessando junto à reforma psiquiátrica. No estado da Bahia, onde a reforma psiquiátrica vem acontecendo paulatinamente, a rede de atenção para infância e adolescência se constitui de cinco serviços, sendo dois deles alocados no município de Salvador, o CAPSia Rio Vermelho e o CAPSia Liberdade, ambos referência em seu território de abrangência.

O CAPSia Liberdade constitui um dos campos de prática da Residência Multiprofissional em Saúde Coletiva com Área de Concentração em Saúde Mental. Neste serviço substitutivo, tivemos a oportunidade de constatar limites e entraves na implementação de uma atenção pautada na clínica psicossocial, referendada pela reforma psiquiátrica. Através desta experiência, buscamos refletir sobre as possibilidades de intervenção profissional em educação física junto ao público infante-juvenil, no intuito de contribuir para a construção de um cuidado centrado na valorização do sujeito e história de vida, ressignificando assim a sua condição social. Para tanto, apresentamos uma proposta pautada na ludicidade, como tecnologia de tratamento de crianças com transtorno mental, partindo do pressuposto de que o lúdico deve ser garantido como direito e ferramenta social no desenvolvimento de toda criança, independente da sua condição de vida.

O CAPSia LIBERDADE E A LUDICIDADE

O Centro de Atenção Psicossocial da Infância e Adolescência – CAPSia Liberdade é uma instituição pública, atualmente mantida pela Secretaria de Saúde da Prefeitura Municipal de Salvador, situada no bairro IAPI, componente do Distrito Sanitário da Liberdade. Esse Centro possui um modelo de atenção centrado na clínica psicossocial, onde busca realizar uma proposta de intervenção junto à família. Em 2008, possuía uma equipe multiprofissional, composta por 32 profissionais do nível fundamental, médio e superior. A maioria deles possuía vínculos trabalhistas precários, através de contratos de trabalho terceirizados, acarretando uma alta rotatividade dos profissionais na unidade, comprometendo suas ações e vínculos.

Com características demarcadas pelo Ambulatório Claia, a transição para o CAPSia Liberdade ocorreu em 2004, conservando sua estrutura física. Naquela época, permaneceram os mesmos trabalhadores do

ambulatório, assim como uma dependência financeira e administrativa do Hospital Especializado Mario Leal (HEML). Nos quatro anos de existência, o CAPSia vem passando por contínuas mudanças na sua organização administrativa, no direcionamento dos casos clínicos e na sua gestão, as quais apontam para a fragilidade e esvaziamento da unidade.

Dentre as ações desenvolvidas no CAPSia eram comuns os Espaços de Convivência, desenvolvidos em cinco momentos na unidade, nos dois turnos durante a semana. Com a predominância desta atividade no serviço, as demais atividades se distribuíam em atendimentos individuais, poucos grupos, realização limitada de algumas assembleias e raras ações no território.

Com infraestrutura de características ambulatoriais, os profissionais não dispunham de condições físicas e materiais para prestar um atendimento mais dinâmico e prazeroso ao público, favorecendo a predominância de condutas terapêuticas convencionais. A fragilidade dos vínculos empregatícios de muitos profissionais do serviço interferia na adoção de práticas pontuais, desarticuladas e muitas vezes repetitivas, sem explorar outras estratégias que permitissem um cuidado integral, socializador e lúdico, apropriado para a infância e adolescência.

O papel atribuído à ludicidade no serviço se agravava com a precarização dos recursos materiais das oficinas como: instrumentos musicais sem manutenção; jogos e brinquedos, quando não ausentes, estavam quebrados e desgastados pelo uso e higienização precária e irregular dos brinquedos. Assim, se tornavam limitadas ou inadequadas as atividades lúdicas ofertadas às crianças e adolescentes, nas quais alguns dos profissionais restringiam suas práticas à aplicação dos mesmos jogos e brinquedos já desgastados pelo tempo, desenvolvendo uma prática desestimuladora e insatisfatória ao público, sem nenhum caráter criativo ou socializador.

De modo geral, a ludicidade estava geralmente associada a brincadeiras individuais, utilizadas no processo terapêutico, envolvendo apenas o usuário e o profissional de saúde, sendo muitas vezes compreendida

como mecanismo “de comunicação sobre os conflitos inconscientes.” (BRUHNS, 1996, p. 30) Quando associada às práticas de lazer, a ludicidade assumia uma função mais de entretenimento e diversão. Sem planejamento, projetos e discussão técnica-profissional, a ludicidade no CAPSia se aproximava mais de um modelo terapêutico tradicional, focado nas ações individuais, sem vinculação com a proposta de uma clínica ampliada, com articulação no território. Muitas vezes, a ludicidade era acionada como mediador emergencial das práticas, tornando-se sessões repetitivas e extenuantes para as crianças e os adolescentes. Estas constatações, vivenciadas em diferentes espaços terapêuticos do CAPSia, foi uma das principais questões inquietantes da nossa experiência como professoras de educação física durante a Residência.

Diante deste contexto, desenvolvemos, como uma das propostas da Residência, o projeto Oficina do Brincar, envolvendo duas residentes e uma terapeuta ocupacional que também é técnica do CAPSia, como mediadoras do projeto. A oficina tinha como propósito promover ações terapêuticas, baseadas em uma metodologia coparticipativa, na qual as crianças e familiares assumissem papel significativo na construção das atividades. O espaço terapêutico proporcionado pela oficina propôs experimentar o brincar como um instrumento de conhecimento e expressão das subjetividades, ressignificando assim o lugar da ludicidade no contexto terapêutico do CAPSia. Uma das premissas da proposta é compreender a criança como ator social de plenos direitos, reconhecendo suas produções simbólicas, crenças e culturas, visando ampliar seus laços sociais, garantindo seu lugar de mediador e produtor das relações.

O LÚDICO COMO DIREITO E PRÁTICA SOCIAL

O grande determinante para repensar a situação da infância é analisar o contexto social em que a criança está inserida. É neste contexto que as mesmas apresentam características específicas, de acordo a como são

reconhecidas pelos adultos e pelos outros com os quais se relacionam. As crianças são vistas como sujeitos sociais e históricos, marcados por contradições contemporâneas. Os seus direitos adquiridos acabaram por se configurar em avanços legais importantes, mas que ainda precisam ter maior validade. As políticas públicas para a infância são de fato conquistas legais. Assim, validar as políticas para a infância, possibilitar espaços para leitura, arte, ludicidade, educação e saúde devem ser garantidos por meio do acesso a escolas, parques, programação áudio visual de qualidade, bibliotecas em diferentes espaços e condições sociais. Com isso, a infância será assumida como uma responsabilidade social, contribuindo assim na dimensão cidadã da ação educativa e cultural. (HEYWOOD, 2004)

O direito à liberdade, ao respeito, à dignidade, ao brincar, a praticar esportes e divertir-se são diretrizes preconizadas pelo Estatuto da Criança e do Adolescente. Segundo o Referencial Curricular Nacional para a Educação Infantil (BRASIL, 1998), o brincar ampliou suas conquistas tanto no âmbito familiar quanto no educacional.

Vygotsky (1998) afirma que a criança nasce em um meio cultural com significações sociais, produzidas e definidas historicamente, que são ressignificadas constantemente pelos sujeitos em ação. Assim, para ele, o desenvolvimento humano é um processo cultural que é mediado pelo outro social, dentro do contexto da própria essência cultural.

No entanto, mais do que garantir o acesso à cultura e compreender as crianças como atores sociais de plenos direitos, é de fundamental importância o reconhecimento da capacidade da produção simbólica por parte delas e a constituição de suas representações e crenças em sistemas organizados, isto é, em culturas. (PINTO; SARMENTO, 1997)

Compreendendo a importância do brincar para o desenvolvimento físico e psíquico da criança e, sobretudo, como modo de expressão da própria cultura infantil, este projeto visou à criação de um espaço, onde a brincadeira se constitui como uma ferramenta social que permite interação, expressão, pensamento, comunicação, construção, resolução

de conflitos e formação de cidadão crítico e reflexivo. Um espaço onde o sujeito se constitui nas relações com os outros, por meio de atividades caracteristicamente humanas, mediadas por ferramentas técnicas e semióticas. (QUEIROZ, MACIEL; BRANCO, 2006)

JOGO, SAÚDE MENTAL E DESENVOLVIMENTO INFANTIL

A brincadeira estabelece uma relação materializada a partir da imaginação da criança. Para Benjamin (2002), a brincadeira viabilizada por meio de materiais diversificados como o papel, a tinta, massa de modelar, tampilhas, garrafas, faz parte de uma produção criativa, onde as funções dos objetos atendem ao desejo da criança. Para o mesmo, é com a brincadeira que a criança se relaciona ativamente com o mundo, vivencia as experiências e aprende a criar decisões e se responsabilizar com as próprias ações.

O brincar associado ao desenvolvimento infantil proporciona à criança modificar a sua relação com os objetos. Para Vygotsky (1998), a criança age de maneira diferente ao ver um objeto, o que faz com que a mesma alcance uma condição independente do que é visto.

Cerisara (2002) afirma que, durante a brincadeira, a criança pode dar sentidos aos objetos e jogos, partindo da sua imaginação ou da própria ação, nas relações que estabelece com o outro, onde produz novos sentidos e os compartilha. Para Bruhns (1996), o objeto lúdico “transcende o caráter de ‘objeto’ como alguma coisa reconhecida pela razão”, pois, quando uma criança joga bola, o jogar tem sempre o “caráter de imagem (das possibilidades e da fantasia), nunca de uma coisa.” (BRUHNS, 1996, p. 32)

Vygotsky (1998) e Kishimoto (2002) salientam que o brinquedo não é o fator disparado de prazer para a criança. Para os autores, o brinquedo reproduz o mundo, podendo incorporar um imaginário preexistente,

e a brincadeira é a ação que a criança desempenha ao concretizar as regras do jogo, inserindo-se no lúdico.

Pautada nas pesquisas desenvolvidas por Gilles Brougère e Jacques Henriot no Laboratoire de recherche sur le jeu et le jouet, da Université Paris-Nord, Kishimoto (apud BRZEZINSKI, PACHECO; SCHOEFFEL, 2007) afirma que o jogo pode ser visto como: a) O resultado de um sistema linguístico que funciona dentro de um sistema social que, veiculado pela língua enquanto instrumento de cultura de cada sociedade, assume a imagem e o sentido que lhe é atribuído; b) Um sistema de regras, que é constituído por uma estrutura seqüencial que permite diferenciar um do outro; c) Um objeto, que serve como suporte da brincadeira.

Compreendendo o jogo enquanto integrante da cultura lúdica, ambos são definidos pelas características do prazer, do caráter da não sinceridade e do fim em si mesmo, da liberdade, das regras e da sua limitação no tempo e no espaço, bem como são acompanhados de “um sentimento de tensão e alegria e de uma consciência de ser diferente da vida quotidiana.” (HUIZINGA, 2001, p. 33)

Sendo o jogo compreendido por vários teóricos como elemento da cultura e a brincadeira como ferramenta social, é essencial que se assegurem às crianças a inserção de políticas destinadas às mesmas, para que se possa garantir um espaço lúdico capaz de subsidiar a criatividade, a cultura, a saúde, a educação e a qualidade de vida.

Pensando em estruturar um espaço terapêutico com o brincar, para buscar desenvolver através do lúdico a interação das crianças entre elas mesmas, com o seu meio social e suas famílias, foi pensada tal oficina, com o propósito de ressignificar a ludicidade no CAPSia.

A MATERIALIZAÇÃO DA PROPOSTA

A Oficina do Brincar, no plano terapêutico, visou aliar o brincar e o fazer criativo às questões culturais. (QUEIROZ, MACIEL; BRANCO, 2006)

A participação das crianças também foi pensada no sentido de estimular a autonomia, buscando-se oferecer brincadeiras que elas gostassem ou pertencessem à sua cultura. Enfim, foi um espaço onde tudo convidou a explorar, a sentir, a experimentar, estimulando o desenvolvimento psicossocial das crianças, o que possibilitou enriquecer as relações familiares. Cada familiar foi também convidado a experimentar o brincar juntamente com os filhos. De modo específico, os objetivos da oficina podem ser sintetizados em:

- Resgatar o direito das crianças a brincar, como forma particular de expressão, pensamento, integração, criatividade e comunicação infantil;
- Desenvolver e resgatar o patrimônio lúdico cultural nos diferentes contextos culturais, através do brincar;
- Estimular a manifestação de potencialidades, autonomia, necessidades lúdicas, intelectuais, sociais, físicas, afetivas e culturais das crianças;
- Incentivar a expressão e a comunicação das crianças entre elas mesmas e a família.

Ancorada na necessidade de construção de um espaço terapêutico que contemple o desenvolvimento, a formação de vínculos e o sofrimento psíquico da criança, optou-se por uma abordagem direcionada para as atividades sensório-motoras caracterizadas pela ludicidade como recurso terapêutico no tratamento do transtorno mental e sua percepção em restabelecer contato com a sua capacidade de simbolização da realidade. Assim, propôs-se a utilização do brincar, como grande mediador do processo de reinserção social das crianças e adolescentes.

Na oficina, participaram cinco crianças de 6 a 11 anos, com diagnósticos diversos, tais como: psicose, transtorno hiper-cinético, suspeita de retardo e transtornos de condutas. De modo geral, apresentavam características semelhantes no que tange à relação conflituosa ou de

ausência com a figura paterna, dificuldades de inserção na escola e problemas relacionais com outras crianças no serviço e na comunidade. Das crianças participantes da oficina, três apresentavam um comportamento agressivo, outra apresentava uma desorganização psíquica visível e outra se manifestava de modo muito retraído.

Para o desenvolvimento das atividades, a Oficina do Brincar contou com a inserção de uma residente de educação física, uma residente de serviço social e uma terapeuta ocupacional, que é técnica do serviço. A prática desenvolvida por essas profissionais resultou num trabalho interdisciplinar, onde foi abordada a concepção da cultura e do papel social entre usuário, família e comunidade. Favoreceu uma atenção sobre as diversas formas de cuidado e do olhar sobre o sujeito e suas características, e as construções e discussões das práticas sensório-motoras, caracterizadas pela ludicidade, partindo da valorização sociocultural e suas especificidades. A oficina foi desenvolvida semanalmente, sendo ao final de cada sessão submetida à discussão, à avaliação, com a elaboração de relatórios, especificando a participação de cada sujeito: usuários, equipe e familiares. Durante todo o processo, foi buscada uma construção coletiva, visando proporcionar autonomia, expressão e criatividade das crianças.

Com o propósito de estimular uma ação terapêutica por meio da ludicidade, buscou-se desenvolver práticas de forma integrada, respeitando a cultura corporal das crianças, priorizando aqueles movimentos corporais apresentados pelas mesmas. (DAOLIO, 1997)

O programa consistiu em atividades de intensidade leve a moderada, de forma a não se tornarem extenuantes. As brincadeiras foram basicamente de três tipos:

- Brincadeiras Culturais – Resgatar a ludicidade por meio das brincadeiras culturais, utilizando o estímulo do brincar para buscar maior socialização, cooperação e interação das mesmas com seu meio social. Ex.: brincadeiras contextualizadas pelas próprias crianças, como chicotinho-queimado e pega-pega.

- Jogos pré-desportivos – Desenvolvimento de jogos utilizando alguns elementos esportivos do vôlei, handebol, futsal e basquete. Neste caso, teve-se o cuidado de não atribuir aos jogos as restrições pré-determinadas do esporte, como a imposição de regras, modelos, busca de rendimento etc., e sim, valorizar a espontaneidade, a flexibilidade, o descompromisso e a criatividade. Ex.: Futsal de dupla, onde cada jogador foi composto por dois participantes de mãos dadas (usuário com usuário, usuário com técnico, usuário e familiar), onde as crianças puderam criar os preceitos a serem seguidos como, por exemplo, a finalização de cada gol que deveria ser realizada sempre em dupla.
- Cantinho da construção – Utilização de materiais recicláveis, tintas, papel e massa de modelar para construir os brinquedos, valorizando seu potencial de criatividade e produção. Ex.: A construção de esculturas utilizando massa de modelar, cada criança modelava quaisquer objetos, sendo que a mãe participava também deste processo.

De acordo com a proposta, os poderes decisórios da criança foram solicitados ao máximo, fazendo com que as mesmas compreendessem as razões do fazer determinados movimentos, como também identificar os jogos e as brincadeiras como mediador nas construções das relações. Assim, cada criança pode participar das brincadeiras e jogos da sua própria maneira, interferindo de acordo com seus conhecimentos anteriores e desenvolvendo-se como um ser que age, pensa e interage no meio em que está presente. (DAOLIO, 1997)

Para cada atividade desenvolvida, foram propostos tópicos para a construção da brincadeira em grupo, estimulando constantemente o brincar com outras crianças, com a família e com a comunidade. Para as crianças que não se identificavam com a proposta construída, as mediadoras adicionavam novos tópicos para a reconstrução das atividades, para que assim atingisse o consenso de todos os participantes.

Para um melhor desenvolvimento das práticas lúdicas, legitimando a cultura corporal e a capacidade de construção das crianças, foi necessária a inserção das genitoras neste processo. As familiares foram convidadas para participar de alguns encontros, assim como foram estimuladas a interagir com os demais membros familiares no sentido de desenvolverem as práticas em seus lares e na comunidade.

A inserção das genitoras na Oficina do Brincar proporcionou uma maior interação entre elas. Mediadas pelas facilitadoras, emergiram neste espaço ações significantes, como um caso em que o grupo buscou estratégias para intervir com uma genitora que alocava seu filho no lugar de incapaz, intolerável, insuportável, nas suas próprias palavras, sendo o mesmo até retirado da escola. A criança, aos olhos da família, só apresentava avanços quando seu tratamento se referia a psicofármacos com dosagens altas, que embotavam o cotidiano da criança. Com esta visão instituída e cristalizada, as demais genitoras, por meio de discussões, tentavam desmistificar a imagem que a criança apresentava à mãe. Discutiam os danos do excesso de cuidado e tutela que pode ser apresentado por mães que têm filhos em sofrimento psíquico. Durante as intervenções, a mesma se sustentava em seu discurso, mesmo reconhecendo as melhoras do seu filho na oficina. Com isso, foi discutido e acordado a possibilidade de prestar uma atenção à genitora no CAPSia, sendo que seria um atendimento peripatético,¹ pois a mesma tinha dificuldades de vinculação com o serviço.

Sendo reflexo dos conflitos nas relações sociais e familiares, os sofrimentos apresentados pelas crianças caracterizavam-se em agressividade, ausência de diálogo com os familiares e retraimento. Com isso, foi construído junto às crianças a possibilidade de experimentar a brincadeira de produzir bonecos com seus familiares, proporcionando assim relações com o outro, estabelecendo novos sentidos. (CERISARA, 2002)

1 Ferramenta para entender uma série de experiências clínicas realizadas fora do consultório, em movimento. (LANCETTI, 2008)

Utilizando esta abordagem, foi possível estabelecer diálogo entre ambos, o que possibilitou construir estratégias para potencializar a relação.

Assim, possibilitou aos familiares perceberem outras formas de caracterizar os vínculos, ampliando as perspectivas de reconstruir novas relações em seu meio familiar, como também mediar as relações na comunidade. Viabilizar o lúdico ressignificando a cultura corporal existente na criança favoreceu à mesma experimentar, criar e escolher, estabelecendo suas relações.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A inserção do processo lúdico por meio de atividades corporais no CAPSia caracterizou-se em uma ação de ressignificar a infância e a intervenção profissional em educação física em uma unidade de atenção à saúde mental destinada ao público infanto-juvenil. Tal proposta foi promovida numa perspectiva de desmistificar o sujeito pré-concebido do diagnóstico, ampliando as possibilidades e potencialidades deste sujeito se reinserir no coletivo, modificando seu modo de estar no mundo.

Validando a concepção do brincar para o desenvolvimento físico e psíquico da criança, este projeto dispôs-se a compreender a importância do brincar como recurso terapêutico, assim como inserir a tecnologia na unidade de referência à infância e adolescência. Com o objetivo de resgatar os laços sociais, tentou-se sustentar a oficina em uma ação territorial, propondo que ela fosse itinerante, de modo que, a cada quinzena, realizar-se-ia a atividade na comunidade, possibilitando que os usuários exercitassem sua autonomia no momento de decisão do lugar e da brincadeira. Todavia, alguns fatores como a emergência em Saúde Mental e a ausência de veículo para as ações territoriais não possibilitaram este fazer clínico na comunidade. Assim, nos espaços com os familiares foi

potencializado o empréstimo do poder contratual² aos mesmos, para que tal prática fosse desenvolvida e mediada por eles.

Vygotsky (1998 apud QUEIROZ, 2006) caracteriza a brincadeira como uma potencial ferramenta social, que permite a interação, reflexões e formação do cidadão crítico. Para o mesmo, o sujeito se constitui nas relações com os outros. Então, potencializar as relações já existentes com os familiares e fazer com que os mesmos possam expandir as relações com a criança junto à comunidade possibilitará a reinserção da mesma no território, ampliando as redes sociais de cuidado.

A participação dos familiares na reconstrução das relações na comunidade possibilitou aos mesmos a responsabilização no processo do cuidado para com seus filhos. Assim, com a utilização da prática do brincar foi possível a eles perceber o lugar que a criança ocupava nas relações com a família e com a comunidade. Através das brincadeiras, foi possível emergir assuntos que antes não eram discutidos nem acionados pela criança com a família e vice-versa.

Promover uma prática lúdica corporal numa perspectiva de desmistificar o sujeito pré-concebido do diagnóstico amplia as possibilidades e potencialidades do sujeito se reinserir no coletivo, ressignificando o seu estar no mundo, partindo da conjuntura histórica.

Sendo nós profissionais de educação física, pertencentes a uma equipe multiprofissional e mediadores da clínica psicossocial, temos que ampliar a inserção das práticas corporais numa perspectiva de tomar para si uma visão ampliada da contextualização cultural do movimento humano, proporcionando aos usuários escolher, vivenciar, construir, transformar, planejar e ser capaz de julgar os valores associados à prática de

2 "A contratualidade do usuário primeiramente vai estar determinada pela relação estabelecida com os próprios profissionais [...] se estes podem usar o seu poder para aumentar o poder do usuário ou não. Depois pela capacidade de elaborar projetos, isto é, práticas que modifiquem as condições de vida, de modo que a subjetividade do usuário possa enriquecer-se, assim como para que as abordagens terapêuticas específicas possam contextualizar-se." (BABINSKI; HIRDES, 2004, p. 572)

atividades físicas e esportes, mais do que apenas praticar sem entender essa prática, simplesmente aderindo ou não à proposta. (SILVEIRA; PINTO, 2001)

Apresentar o lúdico à criança como elemento de construção, estimulando a sua imaginação, fazendo com que a mesma assuma o papel de proprietária do seu lúdico legitimando o experimentar, vivenciar e a capacidade de julgar a sua experiência dentro do seu contexto histórico cultural, assegura um cuidado integral, onde se fazem presentes jogos e brincadeiras como elementos fundamentais ao processo de desenvolvimento.

Experimentar a Oficina do Brincar no CAPSia Liberdade possibilitou à equipe refletir sobre as contribuições do lúdico como elemento terapêutico na clínica infanto-juvenil. Utilizando este elemento como ferramenta social, foi possível ratificar os benefícios perante a socialização, mediação das relações familiares, ressignificação das brincadeiras coletivas na comunidade e na escola, resgate da autonomia na construção e empoderamento do lúdico por cada criança, valorização da cultura e história de vida.

Repensar a atenção psicossocial por meio da ludicidade no CAPSia proporcionou ofertar um cuidado diversificado e singular a este público, em que a característica especial de cada criança vem representada por sua expressão cultural legitimada por sua história e seu contexto social.

Por fim, a inserção da ludicidade de forma terapêutica no CAPSia possibilitou às crianças estimularem a criatividade e sensações de alegria, que as fortaleceram no enfrentamento de desafios cognitivos, na busca de soluções para problemas relacionais e afetivos, envolvendo a própria equipe e familiares.

Referências

- BABINSKI, T.; HIRDES, A. Reabilitação psicossocial: a perspectiva de profissionais de centros de atenção psicossocial do Rio Grande do Sul. *Texto contexto – enferm.*, Florianópolis, vol.13, n. 4, p. 568-576, out./dez., 2004. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/tce/v13n4/a09.pdf>>. Acesso em: 14 set. 2012.
- BENJAMIN, W. *Rua de mão única*. São Paulo: Brasiliense, 2002.
- BOARINI, M. L.; BORGES, R. F. Demanda infantil por serviços de saúde mental: sinal de crise. *Est Psicol*, Natal, vol.3, n.1, p. 83-108, 1998 jan./jun., 1998. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/epsic/v3n1/a05v03n1.pdf>>. Acesso em: 27 abr. 2012.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria n. 1.947/GM de 10 de outubro de 2003. Aprova o Plano Estratégico para a Expansão dos Centros de Atenção Psicossocial para a Infância e Adolescência. Disponível em: <<http://dtr2001.saude.gov.br/sas/PORTARIAS/Port2003/GM/GM-1947.htm>>. Acesso em: 30 abr. 2012.
- BRASIL. Ministério da Educação. *Estatuto da criança e do adolescente*. Brasília: ACS, 2005.
- BRASIL. Ministério da Saúde. *Área técnica de saúde mental*. Brasília: Departamento de Ações Programáticas Estratégicas/Secretaria de Atenção à Saúde, 2009.
- BRASIL. Ministério da Educação e do Desporto. *Parâmetros curriculares nacionais para a educação infantil*. Brasília: Secretaria de Educação Fundamental, 1998.
- BRUHNS, H. T. O jogo nas diferentes perspectivas teóricas. *Rev Motivivência*, Santa Catarina, v. 8, n. 9, dez., p. 27-43, 1996. Disponível em: <<http://www.periodicos.ufsc.br/index.php/motrivivencia/issue/view/176>>. Acesso em: 22 maio 2012.
- BRZEZINSKI, P. R.; PACHECO, F.; SCHOEFFEL, S. A. Brinquedoteca: vivenciando a cultura lúdica infantil. In: FALCÃO, J. L. C.; SARAIVA, M. C. (Org.). *Esporte e lazer na cidade: a prática teorizada e a teoria praticada*. Florianópolis: Lagoa Editora, 2007.

CERISARA, A. B. De como o papai do céu, o coelhinho da páscoa, os anjos e o papai Noel foram viver juntos no céu. In: KISHIMOTO, T. M. (Org.). *O brincar e suas teorias*. São Paulo: Pioneira-Thomson Learning, 2002. p.123-138.

CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE MENTAL, 3., 2001, Brasília. Relatório final. Brasília: Ministério da Saúde, 2001. Disponível em: <http://conselho.saude.gov.br/biblioteca/Relatorios/saude_mental.pdf>. Acesso em: 22 maio 2012.

COSTA-ROSA, A.; LUZIO, C. A.; YASUI, S. Atenção Psicossocial: rumo a um novo paradigma na Saúde Mental Coletiva. In: AMARANTE, P. D. et al. (Coord.) *Archivos de saúde mental e atenção psicossocial*. Rio de Janeiro: NAU, 2003.

COUTO, M. C. V. Por uma política pública de saúde mental para crianças e adolescentes. In: FERREIRA, T. *A criança e a saúde mental: enlaces entre a clínica e a política*. Belo Horizonte: Autêntica, 2004. p. 61-72.

DAOLIO, J. *Cultura: educação física e futebol*. Campinas: UNICAMP, 1997.

ELIA, L.; SANTOS, K. W. A. Bem dizer de uma experiência. In: LIMA, M. M.; ALTOÉ, S. (Org.). *Psicanálise, clínica, instituição*. Rio de Janeiro: Rios Ambiciosos, 2005. p. 107-128.

HEYWOOD, C. *Uma história da infância: da idade média à época contemporânea no Ocidente*. Porto Alegre: Artmed, 2004.

HUIZINGA, J. *Homo Ludens: o jogo como elemento da cultura*. 5 ed. São Paulo: Perspectiva, 2001.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. *Estimativa populacional 2008*. Brasília: IBGE, 2008.

KISHIMOTO, T. M. (Org.). *O brincar e suas teorias*. São Paulo: Pioneira-Thomson Learning, 2002.

LANCETTI, A. *Clínica peripatética*. São Paulo: Hucitec, 2008.

MARCELINO, N. C. *Pedagogia da animação*. Campinas: Papirus, 1997.

MERHY, E. E. A perda da dimensão cuidadora na produção da saúde: uma discussão do modelo assistencial e da intervenção no seu modo de

trabalhar a assistência. In: CAMPOS, C. R. et al (Org.). *Sistema Único de Saúde em Belo Horizonte: reescrevendo o público*. São Paulo: Xamã, 1998.

PINTO, M.; SARMENTO, M. J. As crianças e a infância: definindo conceitos, delimitando o campo. In: PINTO, M.; SARMENTO, M. J. *As crianças: contextos e identidades*. Praga: Universidade do Minho, 1997.

PINTO, R. F. *CAPSI para crianças e adolescentes autistas e psicóticos: a contribuição da psicanálise na construção de um dispositivo clínico*. Rio de Janeiro: Museu da República, 2007.

QUEIROZ, N. L. N.; MACIEL, D. A.; BRANCO, A. U. Brincadeira e desenvolvimento infantil: um olhar sociocultural construtivista. *Paidéia*, Ribeirão Preto, v. 16, n. 34, p. 169-179, maio/ago., 2006. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/paideia/v16n34/v16n34a05.pdf>>. Acesso em: 22 maio 2012.

SILVEIRA, G. C.; PINTO, J. F. Educação física na perspectiva da cultura corporal: uma proposta pedagógica. *Rev Bras Ciênc Esporte*, Porto Alegre, v. 22, n. 3, p. 137-150., maio, 2001. Disponível em: <<http://www.rbceonline.org.br/revista/index.php/RBCE/article/view/388/331>>. Acesso em: 2 maio 2012.

VYGOTSKY, L. S. *A formação social da mente: o desenvolvimento dos processos psicológicos superiores*. São Paulo: Martins Fontes, 1998.

A potência do brincar no cuidado

relato de caso

Lúvia Graziela Moreira Ribeiro

“É preciso não ceder do desejo de apostar na existência do sujeito ali onde tudo permite esquecê-lo tão facilmente.”

(LAURENT, 1998 APUD FREIRE; BASTOS, 2004, p. 92)

INTRODUÇÃO

Este trabalho é um relato de um caso, que reflete a experiência do cuidado que foi exercida por muitos. Não somente numa prática entre muitos, como no espaço de convivência, mas um trabalho que só pode ser relatado a partir do retorno à história de muitos investimentos realizados no caso. Trago a história de João, uma criança que chegou ao Centros de Atenção Psicossocial para a Infância e Adolescência – CAPSia Liberdade e que, como muitas crianças que lá chegavam, apresentava intensa dificuldade de interação. O que chamou a atenção em relação ao João era a expressividade do seu corpo, o quanto ele comunicava mas, quando nos deparávamos diante dele, o que ele comunicava?

Muitos dos encontros com João se deram no Espaço de Convivência e no grupo Sustentando o Brincar, que serão trazidos posteriormente.

Com o brincar, na concepção de Winnicott (1975), encontramos a potência; isto foi a base para a construção do Grupo Sustentando o Brincar. A base desse trabalho foi oferecer um ambiente de confiança para as crianças, de modo que, a partir daí, estas pudessem experienciar o brincar. O quanto que João, na sua expressividade e energia exigiu de nossa presença corpórea? O quanto tivemos que nos rever para poder estar presente nesses encontros com João e com as outras crianças do grupo? O quão criativo foi esse encontro, em que, em muitos momentos, a sala ficava uma 'loucura' devido ao que emergia do brincar criativo?

Como uma forma de dar sentido para aquilo com o que me deparava a cada encontro com João, foi necessário buscar alguns autores. Neste sentido a leitura de Lacan, a sua teoria do estádio do espelho, e de Winnicott (1975), sobre o papel do ambiente e do conceito da mãe suficientemente boa, serviram de base para lançar algumas hipóteses em relação à construção da discussão do caso de João.

QUEM É JOÃO?

João¹ é uma criança de seis anos que chegou ao CAPSia em 2006, quando tinha quatro anos, acompanhado pela mãe, Maria, com a queixa de não se relacionar bem com familiares e outras pessoas. Segundo informações do prontuário, João é o terceiro filho de uma prole de quatro. Nasceu de parto normal, a termo, sem relato de doença na primeira infância. Engatinhou e andou a tempo, porém não fez controle dos esfíncteres. Observou atraso na linguagem (falava mamã, papá) e prejuízo na capacidade de estabelecer contato. Tinha rotinas sistemáticas. Em relação ao relacionamento, João não brincava e não interagia com os irmãos. Mostrava-se dependente da mãe para tomar banho, escovar dentes, se

1 Todos os nomes são fictícios.

vestir e se alimentar. Houve algumas tentativas de escolarização, mas ele não se adaptou.

Segundo informações do prontuário, de agosto de 2007, no primeiro exame clínico, observou-se hiperatividade, retração da linguagem, sons repetidos tipo grunhidos, rituais específicos, prejuízo na expressão facial, não fazia contato visual direto, não brincava. Foi sugerida a hipótese diagnóstica de Transtorno de Hipercinesia associado à Deficiência Mental e também consta no prontuário, a partir de outra avaliação, a hipótese diagnóstica de Transtorno Global do Desenvolvimento. Vale ressaltar que essas hipóteses foram sugeridas por psiquiatras diferentes, e em momento diferentes, e que o diagnóstico em criança é algo que não é fechado, por considerar que a criança está em processo de desenvolvimento. João foi encaminhado para a atividade do Espaço de Convivência, dispositivo terapêutico cujo referencial será trazido posteriormente, e para o Grupo de Observação, momento em que era observado pela psiquiatra. No Grupo de Observação² não conseguia permanecer na sala, ficava inquieto. No Espaço de Convivência, apresentava dificuldade de se separar da genitora.

Maria retoma o tratamento de João no CAPSia em fevereiro de 2008. No Espaço de Convivência era frequente João mostrar-se ansioso; chorava e ficava grudado no corpo da mãe para não ficar no Espaço. Teve um dia em que ele brincou com outra criança de carro. Em outro momento, os profissionais observaram o seu interesse por bola, carro e, num dia em que correu, brincou de carro e não queria sair do Espaço de Convivência.

A equipe do Espaço de Convivência discutiu a possibilidade de encaminhá-lo para uma atividade mais estruturada, em que pudesse haver um investimento mais próximo no seu caso. Nesse período, as residentes de psicologia e terapia ocupacional criaram o grupo Sustentando o Brincar.

2 Atividade desenvolvida pela psiquiatra, uma enfermeira e uma psicóloga do CAPSia, com o objetivo de observação diagnóstica das crianças com suspeita de autismo.

Também foi sugerido o encaminhamento da genitora para acompanhamento psicológico. O plano terapêutico de João incluiu, além do Espaço de Convivência por dois dias na semana, o grupo Sustentando o Brincar, acompanhamento da genitora no grupo Contando Minha História³ e em atendimento individualizado realizado pela psicóloga.

Relatos da psicóloga que atendeu Maria trazem fatos importantes sobre a história de João. Após João nascer, ela engravidou de uma menina, que faleceu no parto. A mãe ficou muito mobilizada com a situação e não viu o corpo da criança. Segundo a psicóloga, nos atendimentos, ela demonstrava que não houve a elaboração desse luto, questionando-se inclusive sobre a facticidade do ocorrido. Quando Maria retornou para casa, ela voltou a cuidar das crianças, menos de João. Maria disse à psicóloga que percebia João se isolando; por vezes, ele ficava embaixo da mesa. Em seguida, surgiu a inquietude.

No caso de João, chamava a atenção a forma como ele utilizava o corpo do outro para se comunicar. Por exemplo, quando queria sair da sala, se a porta estivesse trancada, ficava em frente à porta manipulando a maçaneta por algum tempo. Depois, voltava e pegava no braço da profissional e a conduzia até a maçaneta da porta para que a abrisse. João, ao ser contrariado, apresentava acessos de raiva e se autoagredia. Porém, um questionamento que costumávamos ter era em relação ao sentimento de dor. Será que João não sentia dor? Presenciei situações, no refeitório do CAPSia, em que João, quando impedido de fazer algo, batia, com força, sua cabeça na parede. Nessas situações a sua expressão facial não aparentava que ele não sentia dor. Também apresentava marca na mão esquerda, que, segundo a genitora, devia-se a João se morder. O que tais situações queriam dizer?

3 Esse grupo era realizado por uma terapeuta ocupacional e uma enfermeira, com o objetivo de oferecer às mães um espaço para a ressignificação de sua história de vida.

João entre muitos

O Espaço de Convivência no CAPSia é uma atividade que tem a presença de profissionais de áreas diferentes junto aos usuários considerados graves. Esta acontece no jardim, nos corredores, nas salas e no quiosque. É um dispositivo em que os espaços físicos são tomados como lugares para a clínica, ou seja, é uma prática feita entre muitos, não configurando um grupo, mas um acompanhamento a ser construído com cada paciente. (PINTO, 2007)

Para Elia e Santos (2005), este dispositivo se caracteriza pela ampliação estrutural, espacial e temporal, na qual alguns participantes ocupam a função de analista e se dirigem a outros, tomados como sujeitos. Isso se passa num espaço definido, porém não delimitado. É um espaço que visa dar lugar à particularidade, acolhendo crianças e adolescentes durante um período no qual não há uma rotina previamente estabelecida, observando os recursos que cada sujeito tem para lidar com aquilo que os aflige. Parte-se do que eles falam, mesmo sem usar palavras. Esse trabalho vem da experiência de algumas instituições europeias que iniciaram esse trabalho, L'Antennello, Le Courtil e Nonette, e foi batizada por Jacques Alain-Miller como a Prática entre muitos:

Trata-se de uma proposta de atendimento psicanalítico oferecido para crianças e adolescentes autistas e psicóticas num espaço diferente do consultório particular, por entender que a relação dual é muito invasiva para essa clientela, que não suporta este atendimento. A proposta é que o dispositivo possa facilitar o tratamento dessas crianças e adolescentes tão graves. (PINTO, 2007, p. 70)

João foi encaminhado para o Espaço de Convivência para crianças mais graves, que acontecia às terças-feiras, pela manhã. Utilizava-se o espaço externo do jardim, o quiosque e as salas de musicoterapia, da brinquedoteca e de oficinas. Havia a presença de três profissionais do

CAPSia (uma psicanalista e duas psicólogas) e duas residentes (psicóloga e terapeuta ocupacional). Eram atendidas aproximadamente 12 crianças que apresentavam dificuldades de permanecer em espaços físicos fechados. Após a atividade, era realizada a reunião técnica para discutir a condução dos casos clínicos.

Nesse, João se mostrava bastante inquieto, com agitação psicomotora, não olhava quando abordado, apenas corria, subia nas grades e nos balcões. Em alguns momentos ficava agitado, corria o tempo todo, não interagia, não suportava ficar nas salas. Não falava, mas emitia alguns sons como “mam”, nos momentos em que ficava “angustiado”, interpretado pela equipe como um apelo à mãe. O Espaço de Convivência permite acolher a criança em sua desorganização e, a partir dos encontros entre esta e os profissionais, surgem possibilidades de significar o que a criança traz.

João circulava por todo o espaço, apresentava comportamentos bizarros, tirava a roupa e defecava no chão. Nesses momentos os profissionais buscavam questioná-lo em relação a estas condutas, buscando criar um sentido em sua conduta.

Relatos da equipe sempre traziam a dificuldade da criança separar-se da mãe e esta da criança. Nesses momentos, João chorava e chamava por ela: “mam, mam...”. Esta, por sua vez, se mostrava bastante preocupada em deixar o filho no espaço, questionava sobre o que ele fazia, bem como sobre sua segurança, referia ao medo dele “fugir”, “desaparecer”. A psicóloga que acompanhava a atividade relata que a mãe, ao se despedir do filho, falava “mamãe já vai”, o que era vivido pela criança com angústia e desespero; esta tentava fugir, pulando o portão de acesso, batia com a cabeça na parede, chorava muito e gritava “mam, mam”. Esse comportamento geralmente se repetia nos momentos em que João era contrariado. O profissional buscava acolher esse sofrimento da criança e explicá-lo que a mãe não iria desaparecer, que ela estava aguardando por ele no final do Espaço.

Maria levava lanche, apesar da equipe do Espaço falar sobre a importância dele tomar café e lanchar com as outras crianças, mas ela se antecipava ao desejo do filho: “ele não gosta de lanchar essas coisas”, “ele não quer”. A psicóloga explicava à mãe a importância de João permanecer no Espaço, mas, apesar de combinar esta possibilidade com ela, muitas vezes, ao escutar qualquer choro da criança ou grito, a mãe corria ao seu encontro.

A equipe percebia que, além das faltas, em alguns momentos João se mostrava mais tranquilo, interagia mais, sorria, se interessava por algo durante o Espaço e conseguia ficar sem a presença da mãe. Em outros momentos se mostrava mais inquieto, não aderiu ao Espaço, chorava para ir embora. A psicóloga que atendia Maria relacionava essas mudanças em João a uma mudança em Maria, que também ora tinha aparência sorridente, mais animada e cuidada, ora se mostrava isolada, triste, apática. Foram essas considerações que permitiram à equipe discutir a possibilidade de encaminhá-lo a uma atividade de grupo mais estruturada.

João no grupo sustentando o brincar

Antes de relatar a experiência de João no grupo Sustentando o Brincar,⁴ é importante trazer as referências desta atividade. Esse grupo teve como referencial a teoria de Winnicott sobre o brincar, este enquanto possibilitador para a retomada do desenvolvimento emocional da criança, pois, ao brincar, a criança se desenvolve.

Para o autor, o brincar, a partir dos estudos sobre os fenômenos transicionais, possibilita retomar o desenvolvimento, desde o emprego primitivo de um objeto ou técnica transicional aos estádios supremos da capacidade de um ser humano para a experiência cultural. A ideia é de que o brincar é um fazer que tem um lugar e um tempo. Esse espaço é o

4 Grupo criado pelas residentes de psicologia, Lívia Ribeiro, e de terapia ocupacional, Mabel Jansen, com a supervisão da preceptora Vlândia Jucá, no primeiro semestre de 2008.

que Winnicott (1975, p. 76) chamou de espaço potencial. Ele tem relação com as primeiras experiências entre o bebê e a mãe, como um contraste entre o mundo interno e a realidade concreta. Nesse processo: “Há uma evolução direta dos fenômenos transicionais para o brincar, do brincar para o brincar compartilhado, e deste para as experiências culturais.”

Brincar é indicador de saúde, facilita o crescimento e conduz aos relacionamentos grupais. O grupo Sustentando o Brincar teve o objetivo de atender às crianças com transtorno mental grave, com dificuldades no seu desenvolvimento, a fim de oferecer a elas um ambiente em que pudessem experienciar o brincar. Esse ambiente se configurou na disponibilidade e oferta de brinquedos e principalmente na disponibilidade das profissionais em oferecer *holding* a partir do que emerge das crianças. O nome do grupo veio da ideia de sustentação, *holding*, que é uma atitude atenta às necessidades das crianças, uma forma de atenção às suas necessidades lúdicas.

O brincar é uma experiência criativa, uma experiência na continuidade espaço-tempo, uma forma básica de viver. (WINNICOTT, 1975) O nosso foco não era a interpretação do conteúdo da brincadeira, mas o brincar como uma experiência significativa, dentro de um enquadre: a presença de duas profissionais, uma terapeuta ocupacional e uma psicóloga; o espaço físico, uma sala com oferta de brinquedos diversos (ursos de pelúcia, bonecos de pano, carrinhos, brinquedos de montar, livros ilustrados); o tempo, uma hora e meia, por semana.

Observamos que muitas das crianças apresentavam estereótipias. Nesse grupo, elas eram vistas a partir de um novo olhar, considerando o que a criança trazia como possibilidade de criar com ela uma brincadeira. Esse olhar correspondia à intervenção transicional, que utiliza o repertório do próprio paciente, dos seus recursos simbólicos para fazer a intervenção. Buscou-se oferecer *holding*, um corpo a corpo que oferecia à criança um espaço de sustentação, que possibilitasse retomar etapas do seu desenvolvimento, onde o ambiente não tivesse sido favorável a isto. (BARRETO, 1998)

Quando observamos que a criança estabelece uma relação subjetiva com um objeto, nos colocamos diante dela como intermediário na relação entre o objeto e a criança, no sentido de tornar concreto o que a criança está pronta a encontrar. Nesse sentido, nos colocamos numa função de apresentação de objeto, que diz da capacidade de se colocar onde este foi alucinado, com a capacidade de sustentar o processo de ilusão e, gradualmente, fornecer experiências que apontem para a separação, sem que o eu da criança fique em desamparo. (BARRETO, 1998)

A partir dessa concepção do brincar, foi proposto um grupo a fim de atender crianças que já tinham se beneficiado do Espaço de Convivência, que já conseguiam estar num espaço fechado, com possibilidade de sustentar uma relação mais próxima com os profissionais. Uma intensificação da atenção, a fim de atender às necessidades do desenvolvimento emocional da criança.

João, em alguns momentos no Espaço de Convivência, já mostrava maior abertura para interação com os profissionais, a partir do uso de recursos como brinquedos. Também observavam-se algumas situações em que João interagia com outra criança, na disputa pelo carro; assim como observávamos o seu interesse por livros, revistas e carros. Quando João se envolvia em alguma atividade lúdica, a experiência de separação se mostrava mais tranquila.

Quando João chegava ao grupo, observávamos a sua espontaneidade. Ele saía correndo pela sala, geralmente se dirigia para onde estavam os carrinhos, ficava nessa atividade por algum tempo, emitia sons de carro e os movia como se estivesse construindo uma interação. Nesse momento, observávamos como aquele momento era único, em que ele parecia nem lembrar da mãe. Inicialmente, João não permitia a entrada de outra pessoa em sua brincadeira.

Ocorreu em um , em que ele ficou no canto da sala brincando de enfileirar carrinhos. Ele sistematicamente enfileirava os carros, enquanto brincava com dois carros. Fiquei observando como ele brincava, ele emitia sons de carro, enquanto segurava dois carrinhos com as mãos

que interagiam, batiam, viravam, cruzavam. Chamou-me a atenção a forma como ele enfileirava os carrinhos. Aproximei-me para brincar com ele, já fui levando um carrinho para interagir com ele, também emiti sons do barulho de carro. Ele não interagiu comigo. Continuei observando e perguntava a ele se poderia entrar na brincadeira, ele não me respondia, nem olhava para mim. Dirigi-me a um dos carrinhos que estavam enfileirados, enquanto ele brincava com outros dois carros em sua mão. Quando peguei um dos carros que estavam enfileirados, ele se voltou para minha mão e tomou o carrinho, demonstrando insatisfação. Perguntei se não poderia pegar, mas ele continuava brincando sozinho. Tentei colocar meu carrinho na sua fileira, ele novamente o tomou de minha mão. Mesmo ele não permitindo a interação, observava como ele ficava entretido brincando, o que traz a ideia de Winnicott (1975, p. 76) segundo a qual “o brincar a criança entra no estado de alheamento, habita uma área que não pode ser facilmente abandonada, nem tampouco admite facilmente intrusões.”

Como era de costume João entrar na sala e ficar correndo, procuramos oferecer um contorno a esse seu movimento e passamos a entrar num jogo com ele de pega-pega. Isso possibilitava também a entrada de outras crianças, possibilitando a interação entre elas. Incrementávamos a brincadeira de pega-pega para poder intervir sobre a sua corporeidade, significá-la. Saíamos atrás de João e, quando nos aproximávamos dele, fazíamos cócegas “vou pegar na barriguinha de João [...] no braço [...] no pescoço.” Observávamos o seu prazer com essa brincadeira. Mesmo quando já estávamos cansadas, João projetava o corpo em nossa direção buscando esse brincar. Consideramos que tais intervenções serviam como *handling*, tinham o potencial de permitir a simbolização e humanização do seu corpo. (BARRETO, 1998)

Um dia, no grupo, Gustavo pediu para pintar. Pactuamos com ele um espaço na parede, onde havia azulejos para pintar. Enquanto isso, João estava brincando sozinho com carrinhos. Teve um momento em que João deixou os carrinhos, pegou um boneco e se aproximou do

lugar onde Gustavo pintava a parede. João passou a entrar na frente de Gustavo com o boneco. Gustavo reagiu tirando o boneco da frente e teve um momento em que Gustavo gritou com João, que insistia nesse movimento. Aproximamo-nos para intermediar, perguntando a Gustavo se ele não achava que João também queria ser convidado a pintar com ele, buscando uma forma de significar a atitude de João. Gustavo não aceitou e pegou o boneco com raiva e jogou em cima da estante que ficava na sala. João correu na direção da estante e passou a subir entre as prateleiras em busca do boneco. Gustavo se aproximou de João e carregou-o, falando para ele descer, que ele deveria ter cuidado e poderia se machucar. João ia escalando a estante quando Gustavo se aproximou dele, agarrou-o pela cintura e carregou-o dizendo “João, tenha cuidado, assim você vai cair”. João parou, mas logo depois retornou a escalar a estante, e Gustavo novamente o carregou, explicando que ele poderia cair. Percebi nessa interação que João sorria, como se fizesse um jogo com Gustavo, experimentava prazer. Essa cena me lembrou quando João havia subido na bancada do refeitório e a residente de terapia ocupacional interviu brincando com ele, chamando-o de homem Aranha, e o mesmo retornava a subir, como se gostasse desse jogo. Essas situações refletem a intervenção sobre a corporeidade. Nessa mesma perspectiva de trabalhar sobre a corporeidade, foi desenvolvida uma atividade sensorial com tinta para trabalhar a integridade corporal. João correspondia com sorrisos.

Havia também no grupo uma aproximação maior entre as crianças devido ao espaço físico mais restrito, e isso em alguns momentos possibilitava situações de interação entre elas. Teve um dia em que Paulo e João chegaram juntos ao grupo, ambos trazidos por suas mães, que ficaram do lado de fora da sala. Ambos apresentavam dificuldade de separação da mãe. Observamos a interação das duas crianças na porta; Paulo queria deixar a porta aberta e João ia e fechava a porta. Paulo já estava irritado, gritava e abria a porta; João novamente fechava. Aproximamo-nos e perguntamos como os dois iriam resolver a situação.

Falamos para eles que um queria a porta fechada e o outro a porta aberta; o que eles iriam fazer? Significamos que João queria a porta fechada, que ali era o espaço para eles brincarem, e que as mães ficariam numa outra sala, próxima, aguardando o término do grupo. Essa situação já sinalizou para nós o processo de João em relação à separação de sua mãe, uma diferença marcante em relação ao que observávamos no Espaço de Convivência, em que ele ficava com seu corpo agarrado às pernas da mãe, com os seus choros, a sua angústia de separação.

A pintura era algo que despertava a atenção de João. Um dia ele pegou as tintas, abriu-as espontaneamente, passou o pincel e dirigiu-se à parede. Fiquei próxima a ele observando e vendo-o pintar. Passei a dar outro olhar para a sua conduta, a falar da beleza da pintura que ele estava fazendo; João continuava pintando. Porém estabeleci um espaço onde o mesmo poderia pintar, pois outras crianças também se interessaram ao vê-lo pintar. Nesse momento, incentivamos que as crianças se engajassem nessa atividade, como participaram Gustavo e Paulo, que ficou na atividade por um tempo breve e logo perderam o interesse.

Devido ao interesse de outra criança do grupo em brincar de roda, organizamos uma roda com as crianças do grupo e começamos a cantar. João correspondeu à interação, mas logo perdeu o interesse pela brincadeira. Soltou as mãos para correr.

DISCUSSÃO TEÓRICA: possibilidades de um olhar

O cuidado com crianças que apresentam transtorno mental grave implica numa atenção à relação que se estabelece com elas. Por isso é fundamental a mediação de referenciais que possibilitem construir um sentido a essa presença e intervenção. Para tal, a busca de referências que serviram de norteadoras da prática foi fundamental para a construção de sentidos na relação com João. Nesse sentido foi necessária a busca de alguns autores para tecer o laço entre o que se observava da experiência com

João nas atividades do Espaço de Convivência, do grupo Sustentando o Brincar e a teoria. Como responder às inquietações despertadas a partir desses encontros?

Uma questão fundamental foi entender a noção de constituição de sujeito nessa clínica, e esta traz a necessidade de compreender as relações primárias mãe-bebê. Nesse relato, privilegiei referências que abordam a constituição do sujeito a partir da perspectiva de Lacan e da importância do papel do ambiente a partir do conceito de mãe suficientemente boa, de Winnicott (1975).

Na história de João, alguns fatos importantes necessitam ser revisitados. O momento em que a mãe atravessou um período de luto abre a possibilidade de questionar como ficou a relação entre a mãe e João. Será que esse momento tem relação com a ruptura que observamos na construção de sua história? No relato obtido pela psicóloga que acompanhava a mãe, ela fala de uma mudança que passou a observar em João: antes ele falava, depois passou a se isolar, ficar inquieto.

Pode-se sugerir que, neste momento de luto, Maria não estava disponível psiquicamente para investir na relação com João? Crespin (2004) fala de estado de sideração, essa indisponibilidade psíquica para investir na relação com a criança. Ela traz que, no período de seis meses até os dezoito meses, é fundamental a importância do olhar materno na constituição da imagem corporal da criança. São riscos para a criança a depressão materna, principalmente quando é uma depressão branca, assintomática, em que a mãe permanece capaz de cumprir suas funções de cuidado, porém de forma mecânica, como uma ausência psíquica. Isso remete à especularidade, à questão do olhar como função psíquica para a representação. É o olhar que instaura o acesso ao mundo visível. No caso de mães que não estão disponíveis para investir psiquicamente na relação com a criança, isso traz consequências sobre a constituição da criança. (CRESPIN, 2004)

Tais considerações a respeito da constituição do “eu” têm relação com a teoria desenvolvida por Lacan (1966) sobre o Estádio do Espelho.

Nesta, Lacan traz a importância deste estágio, em que a criança, numa condição de imaturidade fisiológica, em função da presença do outro, assume uma imagem. Sobre essa experiência tem-se:

A experiência do espelho conduz a criança à percepção de uma unidade corporal que não encontra correspondência em sua vivência proprioceptiva; ao tempo em que seu próprio corpo lhe providencia uma experiência de despedaçamento, de uma falta geral de coordenação, o bebê é levado a perceber a existência de uma unidade que lhe causa estranhamento, mas que ele já é capaz de reconhecer como sua própria imagem. (SALES, 2005, p. 116)

Lacan (1966) atribui a este estágio uma importância que possibilita uma transformação no sujeito quando ele assume uma imagem, que é estrutural, ou seja, é a base da identificação do sujeito com o “Outro”, das relações sociais e da constituição da realidade. (SALES, 2005) Seria essa questão marcante em relação ao caso de João? A partir disso, sua relação com o outro se mostrava prejudicada, como era observado na dificuldade de estabelecer relação com outras crianças e na tendência a ficar isolado. Na presença de pessoas novas, observava-se que João se mostrava indiferente. Pode-se sugerir que no processo do estágio do espelho ocorreu essa falha que seria decisiva na experiência de João na relação com o outro?

Winnicott (1975, p. 153), em seu texto “O papel de espelho da mãe e da família no desenvolvimento infantil”, fala da influência do Estágio do Espelho de Lacan em sua obra.

Nas primeiras fases do desenvolvimento emocional do bebê humano, um papel vital é desempenhado pelo meio ambiente, que, de fato, o bebê ainda não se separou de si mesmo. Gradativamente, a separação entre o não-eu e o eu se efetua, e o ritmo dela varia de acordo com o bebê e com o meio ambiente. As modificações principais realizam-se quanto à separação da

mãe como aspecto ambiental objetivamente percebido. Se ninguém ali está para ser mãe, a tarefa desenvolvimental do bebê torna-se infinitamente complicada.

O rosto da mãe é o precursor do desenvolvimento emocional individual. Com isso, Winnicott (1975) atribui a este o papel fundamental da passagem da indiferenciação para o processo em que o bebê se encontra em gradativa separação entre o não-eu e o eu do bebê, ou seja, a separação do bebê da mãe enquanto objetivamente percebido. Trata-se das funções que o ambiente exerce no processo de desenvolvimento do bebê, através da uma mãe suficientemente boa. Num primeiro momento ela se orienta a concretizar o que o bebê está pronto a encontrar. Isso possibilita ao bebê experienciar a ilusão de criar o mundo, ter sentimento de onipotência. A partir do momento em que a mãe passa a ser ela mesma, o bebê pode experienciar a desilusão; a partir daí, ele pode brincar com a realidade.

No desenvolvimento saudável, quando a mãe consegue exercer a maternagem, o que o bebê vê quando olha o rosto da mãe? Ele vê a si mesmo. “A mãe está olhando para o bebê e aquilo com o que ele se parece acha relacionado com o que ela vê ali.” (WINNICOTT, 1975, p. 154) Isso possibilita ao bebê o início de uma troca significativa com o mundo e a descoberta do significado no mundo das coisas vistas.

Quando a mãe não consegue exercer a maternagem, o bebê olha e não vê a si mesmo; ele olha o rosto da mãe, que não é um espelho. Isso provoca no bebê a ameaça de caos, criando nele a organização de defesas. “Se o rosto da mãe não reage, então o espelho constitui algo a ser olhado, não a ser examinado.” (WINNICOTT, 1975, p. 155) Em relação a João, podemos considerar que o seu isolamento e a falta de contato visual são formas de defesa em relação a essa falha no processo de maternagem.

A partir da contribuição desses dois autores, pode-se pensar que as questões referentes às mudanças que foram observadas no curso de desenvolvimento de João, a partir de uma possível vivência de luto de

sua mãe, trouxeram conseqüências na vivência inicial de João de troca com o mundo. Ele era uma criança que estava iniciando verbalizações, passando a ficar mais isolado e inquieto, não olhando quando abordado. Isso pode sugerir que esse acontecimento possa ter sido experienciado de tal maneira a gerar uma ruptura. Silva (1997a, p. 93) fala disso como: “Quando uma situação traumática ocorre, à medida que este trauma não pode ser vivido, experienciado, a não ser como ruptura da continuidade do ser”. A noção de angústia impensável pode ser sugerida a partir da idéia de trauma que, de alguma forma, impele a criança a reagir às invasões do meio ambiente que falha. Algo impede a continuidade de ser, por ter sido uma experiência de horror.

Pode-se supor que a autoagressão em João, quando este batia sua cabeça com força na parede ou quando mordida a sua mão esquerda, deixando marcas visíveis dessa mutilação, poderia ser entendida como uma tentativa dramática de manter os limites do corpo e do “eu”. Dias e colaboradores (2007) falam da tentativa de restabelecer o sentimento de estar intacto e coeso. A partir dessas questões, pretendo abrir possibilidades de leitura sobre o que está por trás de um sintoma, para além da pretensão delas serem respondidas aqui.

Por isso o retorno às relações primárias, que são a base para a constituição do “eu”. É importante lembrar que, inicialmente, o bebê encontra-se em estágio de indiferenciação, um estado fusional com a mãe. A partir da qualidade dessas relações é que começa a se estabelecer a diferenciação. Para o bebê passar do estado de não integração para o de integração, é preciso o investimento materno que atribua qualidades ao que advém do bebê, que se dirija a ele como uma unidade, que denomine o seu corpo e o cubra de sentidos. Em relação ao investimento libidinal materno, tem-se que:

[...] é pelo banho de afeto e pela capacidade materna de mediar a excitação do bebê – transformando-a em algo por ele suportável – que o corpo deixa de ser um amontoado de partes não integradas

e se constitui em corpo erógeno, lugar por excelência de produção de prazer; o corpo é então significado pelo cheiro, pelo toque, pelo sorriso, pelo olhar e pela fala da mãe. (SILVA, 1997b, p. 74)

As intervenções feitas com João, no grupo Sustentando o Brincar, tinham a perspectiva de investir sobre o seu corpo. No momento em que brincávamos, usando brincadeiras que possibilitassem o mapeamento corporal, como ao fazer cócegas, o pega-pega adjetivando esse corpo, pulsionalizando-o, significando-o, tinha-se o potencial reparador. Esse brincar proporcionava a experiência de prazer em João, ao mesmo tempo em que possibilitava oferecer um contorno ao seu corpo.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Podemos considerar nesse relato de experiência que o investimento no caso de João a partir do brincar permitiu potencializar algo que João já estava sinalizando, ainda no Espaço de Convivência. O potencial da atividade lúdica criou um espaço em que João pode ter novas experiências de troca num ambiente que valorizou o que emergia dele, os seus recursos.

Em relação à imagem corporal, foram feitas algumas intervenções a fim de significar esse corpo e, ao significá-lo, pulsionalizá-lo. O brincar pode ser utilizado como um recurso terapêutico em relação às falhas na constituição da imagem corporal de uma criança, mas precisa estar associado a outras intervenções. Por isso sugerimos criar espaços em que a mãe possa estar junto com João, para que ela possa oferecer esse olhar reparador a ele, e a continuidade do acompanhamento psicoterápico, para que ela possa ressignificar a história de luto em relação a sua filha e investir na relação com este filho.

Observamos uma mudança na conduta de João, que consideramos significativa, a partir de sua experiência no grupo. João não ficava mais agarrado à sua mãe, chorando para não ficar no grupo; pelo contrário,

mostrava interesse de entrar nesse espaço mesmo quando não havia essa atividade. João, ao chegar ao CAPSia Liberdade, se dirigia para a porta da sala onde acontecia o grupo, ficava manipulando a maçaneta e dizia “ia...ia”. Tais cenas foram repetidas algumas vezes, o que chamou a atenção da psicóloga do CAPSia para esse movimento de João. A partir daí ele passou a significar esse movimento dele como uma busca para o grupo, e passaram a explicar a João que naquele dia não haveria grupo. Observamos que isso teve um efeito não só em João, mas também em sua mãe. A fala da mãe foi muito significativa em relação ao movimento de busca de João pela sala onde acontecia o grupo Sustentando o Brincar. Ela disse “*ele não liga mais pra mim*” (SIC). Pensamos que essa fala dela foi significativa em demarcar para ela a separação que João estava estabelecendo em relação a ele buscar o espaço dele.

Em relação a João, verificamos que ele sustentou ficar no grupo, numa sala com outras crianças e profissionais, envolvido com o brincar. Em alguns momentos, interagindo com outras crianças, em outros, sozinho, mas envolvido no seu brincar. Consideramos que isso foi possível devido a ele ter estabelecido uma relação de confiança, o que abre a possibilidade de João avançar no seu desenvolvimento a partir da vivência do brincar, onde ele pode experienciar troca com outras crianças, compartilhar momentos de brincadeira, mesmo que breves, mas que tiveram o efeito de diminuir a manifestação de defesas, como a autoagressão. Com isso, houve uma aposta no potencial do brincar como transformador da experiência de sofrimento em experiência criativa.

Referências

- BARRETO, K. D. *Ética e técnica no acompanhamento terapêutico: andanças com Dom Quixote e Sancho Pança*. São Paulo: Unimarco, 1998.
- CRESPIN, G. C. *A clínica precoce: o nascimento do humano*. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2004.
- DIAS, H. Z. J. et al. Relações visíveis entre pele e psiquismo: um entendimento psicanalítico. *Psic Clin.*, Rio de Janeiro, v. 19, n. 2, p. 23-34, 2007. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/pc/v19n2/a02v19n2.pdf>>. Acesso em: 8 maio 2012.
- ELIA, L.; SANTOS, K. W. Bem dizer de uma experiência. In: LIMA, M. M.; ALTOÉ, S. (Org.). *Psicanálise, clínica, instituição*. Rio de Janeiro: Rios Ambiciosos, 2005. p. 107-128.
- FRANCO, S. G. O brincar e a experiência analítica. *Agora*, Rio de Janeiro, v. 6, n. 1, jan./jun., p. 45-59, 2003. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/agora/v6n1/v6n1a03.pdf>>. Acesso em: 8 maio 2012.
- FREIRE, A. B.; BASTOS, A. Paradoxos em torno da clínica com crianças autistas e psicóticas: uma experiência com a prática entre vários. *Estilos Clín.*, São Paulo, v. 9, n. 17, 2004. Disponível em <<http://pepsic.bvsalud.org/pdf/estic/v9n17/v9n17a06.pdf>>. Acesso em: 3 fev. 2014.
- LACAN, J. *O lugar da psicanálise na medicina*. Rio de Janeiro: Zahar, 1966.
- PINTO, R. F. *CAPSI para crianças e adolescentes autistas e psicóticos: a contribuição da psicanálise na construção de um dispositivo clínico*. Rio de Janeiro: Museu da República, 2007.
- SALES, L. S. Posição do estágio do espelho na teoria lacaniana do imaginário. *Rev. Dept. Psi. UFF*, Rio de Janeiro, v. 17, n. 1, p. 113-127, jan./jun., 2005. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rdpsi/v17n1/v17n1a09.pdf>>. Acesso em: 8 maio 2012.
- SILVA, M. H. Uma contribuição de D. Winnicott para a clínica do autismo: a noção de angústia impensável. In: ROCHA, P. S. (Org.). *Autismos*. São Paulo: Escuta, 1997a.

SILVA, M. H. A constituição imaginária do corpo. In: ROCHA, P. S. (Org.). *Autismos*. São Paulo: Escuta, 1997b.

WINNICOTT, D. W. *O brincar e a realidade*. Rio de Janeiro: Imago, 1975.

Acompanhamento no território

uma experiência no CAPSad

Patrícia Silva Oliveira

Suely Galvão Barreto

INTRODUÇÃO

Esta experiência pretende abordar a contribuição da Residência Multiprofissional em Saúde Coletiva com Área de Concentração em Saúde Mental (RMPSM) na coparticipação em acompanhamento do caso clínico de José (nome fictício), realizado em um Centro de Atenção Psicossocial Álcool e outras Drogas (CAPSad). Na descrição do caso, buscamos a aproximação de aportes teórico-metodológicos que refletissem propostas de cuidado que contemplassem a intervenção no território. Em relação aos aportes teóricos foram utilizadas contribuições da terapia ocupacional, tendo como referencial a intervenção no cotidiano dos sujeitos, e referências teóricas sobre acompanhamento terapêutico. Estes embasaram os questionamentos e as estratégias de intervenção. Por fim foram trazidos alguns resultados obtidos no processo, bem como as possibilidades apresentadas por esse sujeito na reconstrução de seus projetos de vida.

CONSTRUÇÃO DO PROCESSO DE ACOMPANHAMENTO DO CASO CLÍNICO

A construção do processo de acompanhamento de José pela Residência foi caracterizada por uma proposta de atuação da residente de terapia ocupacional, junto ao usuário, na construção conjunta do seu plano terapêutico, envolvendo residente, técnico de referência e José.

Devido à questão da temporalidade (já que a residência se insere em cada unidade de saúde mental por apenas seis meses), foi sugerido pela preceptoria, a possibilidade de desenvolver um acompanhamento individualizado, tendo, como fundamentação, alguns aportes teóricos e técnicos que sustentam a terapia ocupacional.

O encaminhamento de usuários para o referido acompanhamento se caracterizava por acolher indivíduos que, através de suas histórias de vida, revelassem processos de perdas pelos quais passavam no seu cotidiano. Consideramos estes processos de perdas como: a ruptura com suas redes sociais primárias compostas por familiares, amigos, vizinhos, colegas de trabalho (BALLARIN; CARVALHO, 2007); alterações significativas nas habilidades de autocuidado, automanutenção, lazer e vida laborativa.

Tomando como base esses elementos e durante o tempo de atuação no CAPSad foram acompanhados três usuários, sendo mantida interlocução constante com seus respectivos técnicos de referência, porém, para este capítulo, trataremos o caso de José, que foi acompanhado pela residente, desde seu ingresso na unidade.

ACOMPANHAMENTO DO CASO CLÍNICO

Aos 42 anos, separado, morando sozinho, desempregado e estudando no período noturno, José foi encaminhado ao CAPSad por uma unidade

de saúde que presta atendimento a pessoas em situação de uso/abuso de álcool - após dois anos de tratamento nesta, sob a justificativa de não mais responder ao tratamento proposto. Com história familiar de uso/abuso de álcool, iniciou o processo de dependência química aos 19 anos. Pai de quatro filhos perde dois desses, assassinados. Chegando ao CAPS, faz referência a uso esporádico de bebida alcoólica, aspecto não validado ao longo dos acompanhamentos.

Num dos primeiros atendimentos, José relata que seu final de semana não foi bom, *“porque quem não está bebendo aturar quem bebe [...]”* (fazendo referência à genitora, também dependente de bebida alcoólica). Faz tratamento há um ano para psoríase num hospital da cidade, comparecendo ao mesmo três vezes na semana. Ressalta que, quando se aborrece, o problema se agrava. Iniciou história laborativa aos 13 anos em serviços gerais, lavagem de carro, oficina, para ajudar a custear as despesas de casa. Mais tarde, fez curso para vigilante. José relata, ainda, que várias das empresas em que trabalhou fecharam, o que fazia com que ele sempre estivesse buscando outros trabalhos. Traz a infância enquanto um tempo que passou por privações *“[...] quando tinha o que comer, comia; quando não tinha, ia para a escola”*. No início da adolescência foi morar com os tios, passando a ajudar nas tarefas domésticas da casa, além de estudar e trabalhar. Ao sair da casa dos tios aos 17 anos, continuou estudando e trabalhando. Expressa que os tios eram bem estruturados, porém sentia falta da genitora. Por isso voltou para a casa desta, passando a ajudar nas despesas. *“[...] a gente, na casa dos meus pais, morava em barraco de taboa.”*

Aos 19 anos iniciou o uso de bebida alcoólica. Enquanto estava na companhia dos tios, diz que *“era mais preso [...] depois que saí de lá, com coleguismos, indo para festa, perdendo noite [...] comecei bebendo socialmente.”* Passou a perder o controle do uso da bebida *“depois que pegou família [...] Trabalhou em uma instituição para menores infratores, onde relata que: “o serviço no juizado de menores era pesado, de risco [...] eu passei de morrer lá 5 vezes, fui refém dos menores.”* Ao descrever a periculosidade desse trabalho, conta que foi refém dos menores algumas vezes, sendo que,

na primeira vez em que sofreu essa experiência, ficou muito deprimido, pois não havia passado por circunstância parecida. Diz que foi a partir desses acontecimentos que piorou o uso de bebida alcoólica, “*foi aí que aumentei o consumo, bebia todo dia.*” Podemos observar, a partir do relato de José, que a experiência nessa atividade laborativa foi marcante e decisiva para o abuso do álcool.

Sobre a rotina diária, faz referência ao CAPSad, ao tratamento no hospital e à escola à noite. Quando está em casa, fica no quarto trancado e deitado. Alimenta-se à noite na casa da genitora. Não trabalha, “*faz onze anos que deixou de trabalhar.*” Diz sentir falta de trabalho. É Independente no autocuidado e nas tarefas domésticas. Quanto ao lazer, faz referência ao CAPSad.

As intervenções desse núcleo profissional foram realizadas mediante a construção de mapas ocupacionais singulares, delineados a partir da história de vida de José, trazida através de seus relatos. Para Galheigo (2003, p. 108) “Trabalhar com histórias e mapas ocupacionais, histórias de vida, narrativas e biografias permite ao sujeito re-contar sua própria história, re-significar seu cotidiano [...]”

Assim, José foi contando a sua história e retratando as singularidades do seu cotidiano.

Nos atendimentos individuais com a terapeuta ocupacional buscou-se, através de atividades expressivas, oportunizar a construção desses mapas, ou seja, mapear as atividades produtivas e ocupações de José ao longo de sua vida. Para tanto foram observados a sua frequência na escola, o exercício de atividade laborativa remunerada e/ou trabalho voluntário, a responsabilidade pelo cuidado da casa, ou de alguma pessoa próxima, quais eram as atividades utilizadas como lazer, o envolvimento com atividades religiosas, dentre outras. Para Brunello, Castro e Lima (2001, p. 47):

As atividades humanas são constituídas por um conjunto de ações que apresentam qualidades, demandam capacidades,

materialidade e estabelecem mecanismos internos para sua realização. [...]. A linguagem da ação é um dos muitos modos de conhecer a si mesmo, de conhecer o outro, o mundo, o espaço e o tempo em que vivemos, e a nossa cultura. [...] O que se estabelece no decorrer da realização de atividades em Terapia Ocupacional é um campo de experimentação, no qual se instala um processo dinâmico, caracterizado como fio condutor de uma história peculiar [...]

Ao longo dos encontros, através das atividades propostas, foram identificadas questões trazidas por José que interferiam diretamente em seu cotidiano, acarretando-lhe prejuízos, como por exemplo: a dependência da figura materna na manutenção de necessidades básicas como alimentação e moradia; o aparente isolamento social e familiar (escasso contato com as filhas, irmãos, vizinhos) e a sua relação com a psoríase; a preservação da capacidade laborativa e a ausência de investimento em atividades desta ordem; o lazer limitado à ida ao hospital, onde fazia o tratamento para psoríase,¹ e ao CAPSad; a manifestação do desejo de aumentar o tempo de permanência nesta unidade e a desistência dos estudos.

CONTRIBUIÇÕES DA RESIDÊNCIA NO PERCURSO TERAPÊUTICO DE JOSÉ

Para Fonseca (2008), constantemente percebe-se uma parcela significativa dos indivíduos em sofrimento mental vivenciarem um esgaçamento das relações com suas redes sociais primárias (família, vizinhos, amigos),

1 A psoríase é uma doença inflamatória da pele, benigna, crônica, relacionada à transmissão genética e que necessita de fatores desencadeantes para o seu aparecimento ou agravamento.

bem como uma diminuição do envolvimento com o lazer, autocuidado e atividades produtivas. Ao considerarmos que o indivíduo que estabelece uma relação abusiva com o álcool também se encontra numa situação de sofrimento mental, podemos entender que estes prejuízos se estendem a essa clientela.

Na relação estabelecida entre a terapeuta ocupacional e José, oportunizou-se a criação de um espaço, no qual o mesmo pudesse recontar sua própria história, trazendo elementos que faziam e/ou fizeram parte do seu cotidiano. Através da escuta e acolhimento às suas especificidades e singularidades, ocorreu o fortalecimento do vínculo com José.

No entanto, ao longo dos atendimentos, foi percebida a necessidade de encontrar outros elementos do contexto de vida de José. Nesse sentido, o atendimento dentro do CAPSad era um limite que precisava ser superado para ampliar o entendimento sobre sua cotidianidade.

Mângia (2000) considera que um dos desafios da terapia ocupacional é repensar a atenção psicossocial tomando como fio condutor a vida cotidiana dos sujeitos e, dentro desta, a presença ou ausência de habilidades e a forma como desenvolvem sua contratualidade social. Esses aspectos têm gerado a ampliação dos *settings* da terapia ocupacional para os espaços reais de vida desses sujeitos, enfocando os espaços onde convivem, habitam, trabalham, estudam, se divertem. Para a autora são muitos os cenários nos quais desenvolvemos e desempenhamos nossas habilidades, nos diversos momentos de nossas vidas.

Fonseca (2008) aponta que o acompanhamento terapêutico ocupacional deverá também tomar a direção das condições de vida reais do indivíduo (os lugares nos quais realiza suas trocas sociais), de forma contextualizada, para que cada intervenção tenha repercussão direta no modo de vida e no ambiente em que cada um se insere.

Na construção do planejamento para o acompanhamento de José, no território a partir de uma perspectiva interdisciplinar, recorreremos também à política de álcool e outras drogas (BRASIL, 2004) que enfatiza a importância da multiplicação de possibilidades no enfrentamento ao

problema da dependência ao álcool e outras drogas, ou seja, a interlocução de saberes, olhares e experiências, no acompanhamento dessa clientela. Isto representa a ampliação de propostas de intervenção.

Neste sentido, a contribuição do Acompanhamento Individual no Território Êmico, proposto pela residente oriunda do núcleo de ciências sociais Alba Borges, foi relevante na exploração relacional e existencial de José, uma vez que este trabalho consiste em abordar e percorrer o território, partindo da visão e experiência do próprio usuário, e não a partir de concepções “éticas”, i.e. pré-estabelecidas por quem o acompanha e/ou observa ao percorrer este território.

Levando em consideração esses aspectos e a importância de perceber o cotidiano desse sujeito para além dessa unidade de saúde mental foi proposto ao mesmo que pudesse ser acompanhado, numa caminhada, em um dos percursos que costumava fazer na comunidade onde reside.

Assim, a residente acompanhou José no percurso que fazia do CAPSad até sua casa. Durante a caminhada, José foi mostrando alguns dispositivos da comunidade que já utilizou, como uma empresa de segurança próxima a sua casa, na qual trabalhou; um centro de recreação onde ocorriam algumas festas da comunidade e as escolas públicas do bairro. Também mapeou alguns equipamentos que fazia uso como a escola, onde participava de um programa educativo direcionado a adultos, no período noturno; o centro de saúde onde era atendido; um clube de futebol, que também tinha grupos de jogos de dominó. Este momento é importante, pois, segundo Lancetti (2008, p. 19) “Conversações e pensamentos que ocorrem durante um passeio, caminhando – peripatetismo – são uma ferramenta para entender uma série de experiências clínicas realizadas fora do consultório, em movimento.”

A partir dos relatos de José, durante a caminhada, pode ser percebido que sua rede de apoio social no bairro estava restrita ao contato com a genitora, um sobrinho e um conhecido que também fazia uso abusivo de álcool. Outros elementos foram também observados a partir do seu

relato como o desentendimento com alguns moradores da sua rua e algumas crianças e adolescentes que costumavam “abusá-lo”.

Assim, essa estratégia permitiu a construção conjunta de novas linhas de ação como: a busca de redes primárias, sociais e de saúde; a intensificação da articulação com a rede formal e informal que o circunda, no sentido de prevenir uma possível institucionalização; o mapeamento de dispositivos na comunidade, apontados pelo mesmo, que pudessem contribuir na articulação com seus fazeres.

Através dessa estratégia foi possível perceber que a genitora, o sobrinho e um conhecido compõem a sua rede de suporte social primário. Sempre que a relação com a mãe passa por conflitos, José busca apoio junto a uma irmã e aos tios com quem morou na adolescência. Também começava a vincular-se a um grupo de senhoras que frequentavam a mesma classe, antes de abandonar a escola.

Outro aspecto que merece ser enfatizado é que José traz a psoríase como fator limitante ao investimento no processo laborativo, hiper valorizando-o ao ser visto como uma possibilidade de buscar meios para receber o Benefício de Prestação Continuada. No entanto, relata fazer a coleta de resíduos sólidos para vender, quando precisa arrecadar dinheiro para a compra de bebida alcoólica.

Durante os acompanhamentos, além de ser encaminhado para atendimento psicológico, com o objetivo de trabalhar a sua relação consigo mesmo e com sua família, a terapia ocupacional passou a focar e valorizar a capacidade laborativa de José e suas possibilidades, como, por exemplo, a coleta e venda de resíduos sólidos, que era realizada para manter o uso de bebida alcoólica, e que poderia ser transformada numa fonte de automanutenção. José potencializa os espaços de intervenção ao trazer elementos que reportam ao seu desejo de investimento em atividades de prestação de serviço e vendas.

Através da retomada de sua história de vida laborativa, a partir dos seus percursos no mundo do trabalho e de sua rede social, José foi trazendo elementos para a construção de alternativas econômicas como

a venda de doces e a lavagem de carros. A partir das sugestões trazidas pelo mesmo, foi realizada com José, a construção de propostas para a obtenção de recurso financeiro a ser investido no pagamento da autorização e compra de material para a venda de doces em transportes coletivos.

A participação da residência implicou em reconstituir junto com José o resgate de sua história de vida, a percepção de sua cotidianidade fora do espaço-físico do CAPSad. Foi possível repensar possibilidades de lazer, trabalho, cursos, valorizar e reinvestir em suas capacidades laborativas e aproximar parte de sua rede primária ao CAPSad, como por exemplo, a participação da genitora em um grupo direcionado à família.

Os atendimentos através de narrativas da biografia de José, bem como a construção de seus mapas ocupacionais, possibilitaram, além do resgate de sua história de vida, identificar os prováveis prejuízos decorrentes do uso/abuso de álcool, e as consequências deste na relação estabelecida com suas redes sociais, com seu autocuidado e automanutenção.

A saída do espaço institucional representou a conexão do serviço com o circuito social desse sujeito. Permitiu compreendermos melhor as limitações trazidas por esse em seu cenário de trocas e contratuais sociais. O entendimento desses aspectos refletiu na importância fundamental da busca e garantia de um espaço, no qual esse sujeito pudesse refletir e potencializar suas habilidades e fazeres. Processo este sintetizado a seguir.

ALGUMAS CONSIDERAÇÕES

Diante dos aspectos até então descritos, entendemos que resgatar a historicidade de José foi o primeiro passo no processo de intervenção. A descoberta da história de vida deste, através de narrativas elaboradas no processo terapêutico, foi elemento chave na construção do vínculo e dimensionamento do seu cotidiano. Para Heller (2008, p. 33), “a vida cotidiana não está ‘fora’ da história, mas no ‘centro’ do acontecer

histórico: é a verdadeira ‘essência’ da substância social.” Assim, pensar na vida cotidiana significa pensar no homem por inteiro, inserido em um contexto, colocando em funcionamento seus sentidos, potencialidades intelectuais, sentimentos, habilidades, ideias.

Dessa forma, enveredar pela cotidianidade de José implicou, também, em ampliar as estratégias de cuidado, extrapolando os limites físico-estruturais desse centro de atenção psicossocial, direcionando as intervenções aos outros espaços reais de vida desse sujeito, como por exemplo à comunidade onde vive.

Para Brunello, Castro e Lima (2001, p. 46), cidade e comunidade são espaços vividos, que também oportunizam o encontro entre os recursos e as necessidades dos sujeitos, produzindo a ampliação de suas redes relacionais e possibilitando a transformação e construção de uma nova realidade bem como de novos projetos de vida.

Pensando na relação entre serviços e comunidade, Saraceno (2001, p. 101) pontua que a comunidade, onde as unidades de saúde mental estão inseridas, dispõe de uma gama de recursos humanos e materiais que podem ser potencializados. Este autor amplia o entendimento do que seja comunidade:

[...] A comunidade é tudo aquilo que o serviço não é e com o qual pode entrar em relação, através de processos de negação (a comunidade não existe), processo de paranóia (a comunidade são os inimigos que nos assediam), processos de sedução e busca de consenso (a comunidade é tudo aquilo e somente aquilo que me aceita da forma como sou e me aprova), processos de interação/integração (a comunidade é uma realidade complexa e que exprime interesses contrastantes e eu me coloco como interlocutor, continuamente gerando alianças e conflitos).

Malfinato (2005, p. 5), ao tratar da reflexão acerca do núcleo de intervenção da terapia ocupacional no campo social, aponta que as práticas desse núcleo profissional devem possibilitar o desenvolvimento da cida-

dania e autonomia dos sujeitos. Para a autora, o terapeuta ocupacional deve interferir nos cotidianos desses sujeitos buscando a promoção de mudanças. Traz como uma das estratégias o “descentramento da ação: do enquadramento (setting) para os espaços de vida cotidiana.”

Observamos que a comunidade mostrou-se enquanto um dos espaços potenciais de vida cotidiana. Assim, compreendendo as possibilidades representadas pela comunidade enquanto recurso para o terapeuta ocupacional e o CAPSad, durante a efetivação de parte do Projeto Terapêutico de José, essa mostrou-se como divisor de águas na compreensão e intervenção no cotidiano desse sujeito.

Caminhar junto com José pelas avenidas e ruas até sua comunidade permitiu percebermos: o nível de autonomia de José nas atividades de autocuidado e automanutenção; parte da sua trajetória de vida laborativa; a relação de dependência estabelecida com a genitora, no que diz respeito a automanutenção; bem como os conflitos vivenciados com alguns membros da comunidade, os quais limitavam sua utilização de dispositivos de lazer nesta.

A partir desse “caminhar junto na comunidade” buscamos promover junto com José uma reflexão acerca dos seus lugares de vida social, com suas possibilidades de moradia, trabalho, lazer, com as relações estabelecidas com sua cultura, seus direitos. (MEOLA, 2000, p. 19) A partir desses encontros, algumas ressignificações e reformulações na forma de lidar com seus fazeres cotidianos se tornaram possíveis. Em relação ao trabalho, ao final do semestre, José trouxe a notícia de prestação de serviço temporário na área da construção civil. Quanto ao seu lazer, iniciou a busca de alternativas (passeios, visitas a familiares) fora da comunidade onde residia. Também a partir do seu interesse foi encaminhado a um Programa de Inclusão Digital.

Ao pensar nas possibilidades trazidas por José, ao longo dos acompanhamentos terapêuticos ocupacionais, pode ser percebido como aponta Galheigo (2003, p. 106) “que o cotidiano traz em si a marca da singularidade do sujeito e toma forma a partir de suas necessidades, valores,

crenças.” Aprender o cotidiano de José implicou em entender a sua relação com este, sua história e o contexto de vida no qual está inserido. Assim, ao longo dos acompanhamentos (dentro e fora da unidade) a terapia ocupacional buscou implicá-lo na resignificação da sua vida cotidiana.

A partir do exposto, a participação da residência pôde contribuir na ampliação de recursos e integração de saberes. Significou, também, a reflexão e operacionalização de novas possibilidades e estratégias de intervenção, buscando contribuir na consolidação das redes de vida, apoio e nos espaços de contratualidade presentes no território existencial desse sujeito.

Referências

- BALLARIN, M. L. S.; CARVALHO, F. B. de. Considerações acerca da reabilitação psicossocial: aspectos históricos, perspectivas e experiências. In: CAVALCANTI, A.; GALVÃO, C. (Org.). *Terapia ocupacional: fundamentação e prática*. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2007. p. 162-170.
- BRASIL. Ministério da Saúde. *A política de atenção integral a usuários de álcool e outras drogas*. Brasília: Secretaria de Atenção à Saúde, 2004.
- BRUNELLO, M. I. B.; CASTRO, E. D.; LIMA, E. M. F. Atividades humanas e terapia ocupacional. In: DE CARLO, M. M.; BARTALOTTI, C. *Terapia ocupacional no Brasil: fundamentos e perspectivas*. São Paulo: Plexos, 2001. p. 41-59.
- FONSECA, M. A. A prática do terapeuta ocupacional em saúde mental a partir de uma perspectiva não excludente e de respeito às diferenças. In: DRUMOND, A. F.; REZENDE, M. B. (Org.). *Intervenções da terapia ocupacional*. Belo Horizonte: UFMG, 2008.

GALHEIGO, S. M. O cotidiano na terapia ocupacional: cultura, subjetividade e contexto histórico social. *Rev. Ter. Ocup. Univ*, São Paulo, v. 14, n. 3, p. 104-9, set./dez., 2003. Disponível em: <<http://www.revistasusp.sibi.usp.br/pdf/rto/v14n3/02.pdf>>. Acesso em: 10 maio 2012.

HELLER, A. *O cotidiano e a história*. São Paulo: Paz e Terra, 2008.

LANCETTI, A. *Clínica peripatética*. 3. ed. São Paulo: Hucitec, 2008.

MALFINATO, A. P. S. Campos e núcleos de intervenção na terapia ocupacional social. *Rev. Ter. Ocup. Univ*, São Paulo, v. 16 n. 1, p. 1-8, jan./abr., 2005. Disponível em: <<http://www.revistasusp.sibi.usp.br/pdf/rto/v16n1/02.pdf>>. Acesso em: 10 maio 2012.

MÂNGIA, E. F. A trajetória da terapia ocupacional da psiquiatria às novas instituições e estratégias de promoção da saúde mental. *Rev. Ter. Ocup. Univ*, São Paulo, v. 11, n. 1, p. 28-32, jan./abr., 2000.

MEOLA, M. E. O campo da saúde mental e as tecnologias de cuidado: uma reflexão. *Rev. Ter. Ocup. Univ*, São Paulo, v. 11, n. 1, p. 17-22, jan./abr., 2000.

SARACENO, B. *Libertando identidades: Da reabilitação psicossocial à cidadania possível*. 2. ed. Belo Horizonte: Te Cora, 2001.

Caso coisinho

mergulhar para conhecer

Lygia Silva Pedreira de Freitas

INTRODUÇÃO

Desde os seus primórdios, a psiquiatria busca tomar seu objeto de estudo, os chamados fenômenos psiquiátricos, como objetos naturais estáveis. Embora a ação de classificar seja característica inerente ao humano, há que se considerar o cuidado necessário ao se importar das ciências naturais modelos classificatórios e aplicá-los a experiências humanas. Tomando-se como ponto de partida que a medicina não é uma ciência meramente contemplativa, mas tem um cunho necessariamente transformador, deve-se considerar que as “classificações têm valor apenas na medida em que possam produzir novas informações sobre os objetos classificados.” (BERRIOS, 2008, p. 113)

É nessa perspectiva que se insere o presente trabalho, como uma tentativa de, a partir de um breve histórico sobre as classificações em psiquiatria e os efeitos das mesmas sobre os sujeitos, descrever o acompanhamento realizado a um sujeito em sofrimento psíquico, usuário de um serviço de atenção ao uso/abuso de substâncias psicoativas de Salvador a partir da abordagem da clínica psicossocial. Serão elencados

trabalhos anteriores que tratem da temática do diagnóstico em Saúde Mental, da complexidade que envolve o diagnóstico de retardo mental e de como o mesmo pode, muitas vezes, camuflar formas de esquizofrenia; bem como o potencial do investimento no sujeito e em seu entorno para que haja modificações em suas relações vinculares e formas de estar no mundo.

Deve-se considerar que a construção de hipóteses diagnósticas é de grande utilidade no âmbito da Saúde Mental, mas apenas se as tomamos enquanto norteadoras do tratamento, engendradoras de abertura de novos horizontes para o sujeito, e jamais como modo de restringir a expressão de sua singularidade. A questão que se coloca diz respeito, assim, à forma com que o diagnóstico é construído e o lugar que ele assume na vida do indivíduo.

O papel do diagnóstico psiquiátrico no campo da Saúde Mental deve ser problematizado, considerando que o mesmo, enquanto “ferramenta clínica, deve servir, em última instância, ao paciente” (BANZATO et al., 2007, p. 89) o que, por sua vez, pressupõe que este instrumento deva possuir certo nível de confiabilidade para permitir a comunicação clara entre os profissionais que trabalham em equipes multiprofissionais.

Assim sendo, o presente estudo pretende relatar a experiência de acompanhamento intensificado a um usuário em sofrimento psíquico de um serviço de Saúde Mental voltado para usuários de substâncias psicoativas (SPAs) buscando refletir sobre o papel do diagnóstico em psiquiatria e sobre a importância da intensificação de cuidados como dispositivo essencial no trato com sujeitos em sofrimento mental.

A QUESTÃO DO DIAGNÓSTICO PSIQUIÁTRICO

Na contemporaneidade, muito se discute sobre o valor e os limites do diagnóstico psiquiátrico. Há, por um lado, os que afirmam que o diagnóstico em psiquiatria não tem valor algum, pois cada indivíduo é único

e inclassificável; e, em contrapartida, os que sustentam que o valor e o lugar do diagnóstico em psiquiatria são os mesmos que em outras especialidades da medicina; e que, assim, o diagnóstico constitui-se como elemento principal da prática psiquiátrica. (DALGALARRONDO, 2000)

Se atentarmos para as origens da psiquiatria enquanto ciência, entretanto, veremos que “os transtornos mentais e emocionais nem sempre estiveram associados à noção de doença mental de forma tão exclusiva como ocorre contemporaneamente.” (SILVA, 2007, p. 42) Na antiguidade judaica e greco-romana, por exemplo, condutas hoje tidas como “loucas”, embora fossem reunidas sob um só signo – o da Loucura – ainda não possuíam uma racionalidade médica organizada para manejá-las terapêuticamente.

Ainda de acordo com Silva (2007), baseado nas análises históricas de Robert Castel, a partir do surgimento da sociedade industrial, da Revolução Francesa e do Positivismo, em fins do século XVIII, a questão do que fazer com os que não conseguiam se adaptar às exigências do binômio produção/consumo colocou-se de forma preponderante. Em seus primórdios, portanto, a nosologia psiquiátrica teve de se haver com fenômenos brutos, simples, que eram identificáveis e passíveis de serem agrupados, mas ainda não nomeáveis como o são na atualidade.

[...] higienistas e filantropos [...] se ofereceram ao Estado, estabelecendo as bases de um novo tipo de poder sobre a loucura, caracterizado por suas características periciais, fundado numa justificativa técnica e apoiado no poder da instituição médica. Converter os antigos espaços de internação, locais de amontoamento, durante o século XVII, de toda ordem de desviantes sociais [...] em instituições de caráter médico, onde só os últimos restassem a título de uma exigência terapêutica, tal foi a tarefa a qual se propuseram. (SILVA, 2007, p. 49)

Assim, através da medicalização da loucura, o doente mental passou a ser definido a partir de um novo *status* jurídico, social e civil, o de alienado.

Por meio da internação em um estabelecimento especial – o manicômio – criou-se uma relação tida à época como essencial para o tratamento destes sujeitos, uma relação que não era pautada no binômio médico-doente, mas no da medicina-hospitalização.

A clínica psiquiátrica, invocada sem cessar por seu empirismo, deve sua importância real ao fato de que trata de uma reorganização em profundidade não só do discurso médico, senão da possibilidade mesma de elaboração de uma linguagem acessível sobre a doença mental. A busca empreendida desde os idos do século XVIII/XIX implica em determinar as condições de possibilidade da experiência médica tal como a época moderna a tem conhecido. (FOUCAULT, 1997)

A psiquiatria, no processo de construção diagnóstica, pressupõe uma relação dialética entre o particular, singular – os fenômenos que são observados e apreendidos a partir do paciente – e o geral, universal – a categoria diagnóstica em que se vai inserir o sujeito ao final do processo.

Destarte, é fundamental a compreensão de que o diagnóstico psiquiátrico é uma idéia, um construto essencial para o trabalho científico; mas não um objeto real, concreto. E, como tal, está sempre sujeito a releituras posteriores, aberto a novas interpretações, a ser pensado de um modo inteiramente diferente do primeiro.

Da idiotia, retardo ou deficiência mental, como queiram chamar

Em trecho do livro *O poder psiquiátrico* Foucault (2006, p. 255) diz: “[...] essa difusão do poder psiquiátrico realizou-se a partir da infância, isto é, a partir da psiquiatrização da infância”. E, mais adiante, complementa, afirmando que “em todo o século XIX foi principalmente a criança o suporte da difusão do poder psiquiátrico; foi muito mais a criança que o adulto”. Segundo ele, o empoderamento da psiquiatria – se é que podemos chamar assim – portanto, deu-se a partir da elaboração do conceito de normal, criticado por Canguilhem em *O normal e o patológico* (2006)

quando pontua que é desse modo que o século XIX designa o protótipo escolar e o estado de saúde orgânica.

Entretanto, há que se diferenciar a forma de tratamento do adulto louco, à época, daquele dispensado à criança, tendo em vista que ao primeiro foi relegado o asilo, ao passo que para o infante, tido como louco, foi reservado o consultório particular. (FOUCAULT, 2006)

Foi por intermédio da criança portadora do que hoje se denomina genérica e banalmente de problemas de aprendizagem – a criança imbecil, a criança idiota, a criança retardada da época – que ocorreu a psiquiatrização da infância, pois foi essa modalidade de criança que, em fins do século XVIII, adentrou os consultórios médicos, acompanhada dos pais e para a qual não era dada sequer possibilidade de escuta.

Assim, a partir da psiquiatrização da criança retardada, deu-se a generalização do poder psiquiátrico para todas as outras que apresentavam algum distúrbio de comportamento. “Até o século XVIII, o que se chamava de imbecilidade, estupidez e já idiotia não tinha nenhuma característica distintiva em relação à loucura em geral.” (FOUCAULT, 2006, p. 258) O que diferenciava a criança louca da retardada era apenas o nível de agitação, violência e furor que caracterizava a primeira e que, na última, estava como que adormecido.

Ao longo do século XIX, contudo, a partir de contribuições como as de Seguin, foi se tecendo o tratamento moral das crianças doentes, pautado numa diferenciação mais elaborada entre a criança retardada e a louca. Distinguiram-se duas atuações profissionais voltadas à terapêutica de cada uma: o idiota – que diz não a tudo, de maneira anárquica e obstinada – deve ter esse não dominado pelo Mestre e transformado em um sim de aceitação; ao passo que o louco – que diz “um sim presunçoso a todas as suas idéias loucas” – deve ter esse sim dominado pelo psiquiatra e transformado em não. (FOUCAULT, 2006, p. 273)

É de tal modo que se configura a pedagogização da infância, na medida em que o Mestre passa a ter poder não apenas sobre o corpo e o desejo da criança retardada como sobre sua família em seus modos de se

relacionar com a mesma. O conteúdo pedagógico deve passar pelo próprio corpo do Mestre, o que caracteriza um aspecto marcante do poder psiquiátrico, a saber, a organização de todo o poder em torno e a partir do corpo do médico. Assim, para dar cabo deste tratamento disciplinar prescrito para os infantes ditos idiotas, começam a ser organizados espaços voltados ao asilamento dos mesmos, onde há o emprego completo do tempo para atividades de cunho pedagógico, na esperança de que elas possam se tornar, um dia, úteis para a sociedade. (FOUCAULT, 2006)

Houve, como se pode concluir, dois processos paralelos na generalização do poder psiquiátrico e na psiquiatrização da infância: por um lado, a elaboração de um arcabouço teórico em torno da idiotia; e, por outro, a anexação prática pela psiquiatria. Mas, para que as autoridades locais aceitassem prover a assistência dessa clientela, não era suficiente que o idiota fosse incapaz de prover suas próprias necessidades ou que sua família não pudesse arcar com seu tratamento asilar.

Era preciso estabelecer para ele o lugar de perigoso, o que garantiria ao psiquiatra o poder que ele precisava para seguir em frente em seus estudos e observações, sobretudo no que se refere à medicalização e consequente apaziguamento dos ataques de fúria e similares dos chamados retardados. Tudo o que foge à norma – escolar, familiar, social – passa, então, a ficar sob o jugo da psiquiatria, que ganha, desta maneira, não apenas poder sobre a loucura como sobre a anormalidade.

O palco dos acontecimentos

O acompanhamento do presente caso clínico foi realizado num Serviço Especializado no Tratamento a Usuários de Substâncias Psicoativas (Spas) cuja missão, conforme consta em seu Projeto Terapêutico, é a de “prestar atendimento psicossocial a indivíduos (e seus familiares) com transtornos decorrentes do uso e dependência de substâncias psicoativas, dentro da lógica da Redução de Danos. Busca promover a reabilitação psicossocial através de ações que envolvam o trabalho, a cultura, o lazer

e a educação popular, através da utilização de recursos intersetoriais, acionando a rede de serviços de saúde e saúde mental e os recursos imersos em seu território de atuação.” (SALVADOR, 2006)

O atendimento é voltado para indivíduos de ambos os sexos, usuários abusivos e/ou dependentes de substâncias psicoativas; mas cuidadores/familiares também recebem atendimento. O serviço funciona de segunda à sexta-feira, de 8h às 18h, e conta com equipe multiprofissional responsável por prestar atenção integral a seus usuários. A rotina de atendimentos é realizada por meio de oficinas/grupos terapêuticos, atendimentos individuais, dentre outros.

O PROTAGONISTA À PRIMEIRA VISTA...

Coisinho – que chamava a todas as pessoas às quais se dirigia na instituição de “Coisinha (o)” independente de se tratar de profissional ou usuário e, por isso, será chamado assim no decorrer do presente relato de experiência – é um homem bem maior do que a maioria dos outros, desengonçado, que não olha nos olhos de seus interlocutores em hipótese alguma, sempre chega atrasado aos grupos e oficinas do serviço, traz sempre consigo uma sacola, sandálias sujas – na maior parte das vezes de lama – é motivo de risos entre os demais usuários do serviço e, em relação aos outros atores da instituição, parece não ser sequer notado.

Apurando o olhar

Coisinho¹ é um homem de 34 anos, terceiro filho de uma prole de seis (quatro homens e duas mulheres). Sua mãe é analfabeta, e seu pai faleceu há 14 anos, quando ele tinha 20 anos.

1 Pseudônimo.

Coisinho nunca frequentou com regularidade a escola. Aos seis anos, após sofrer grave acidente de carro (em que teve Traumatismo Craniano Encefálico (TCE) e diversas fraturas por todo o corpo) ficou diferente (segundo relato da genitora). Foi encaminhado a uma instituição especializada no tratamento de crianças com problemas neurológicos, que orientou e viabilizou sua matrícula em escola regular.

Segundo relato de sua genitora, contudo, no dia em que Coisinho deveria ir à referida escola, o genitor (que havia ficado responsável por levá-lo) não o levou, e o usuário, então, perdeu a oportunidade de estudar naquele ano.

No ano seguinte, ele chegou a ir à escola, mas repetiu alguns anos, sendo retirado logo em seguida. “Eles diziam que eu não tinha mente pra aprender” (sic). Esta fala de Coisinho nos remete à problematização feita por Mannoni (1985, p. 149) acerca das repercussões de um diagnóstico precoce de retardo mental na vida de um sujeito, quando diz:

[...] O drama dessas crianças é feito justamente de desesperança. Como pode uma criança lutar, se os seus pais admitiram resignadamente a impossibilidade dela fazer progressos? Que sentido dar a uma vida que os próprios adultos legaram à falta de sentido?

Aos 19 anos, vítima de novo acidente de carro, Coisinho sofre fratura em um dos braços. Um ano depois, o pai morre, já idoso, vítima de cirrose. Mais ou menos na mesma época, aos 20 anos de idade, Coisinho tem um filho – hoje com 13 anos – com uma portadora de transtorno mental que reside em outra cidade. “A mãe é maluca. A avó recebe aposentadoria, paga escola, leva na igreja. Ela é cristã” (sic).

Segundo relato de Coisinho, ele sofreu maus tratos por parte do pai desde criança. “Pai já pegou até facção pra me matar. Quando tava cheio da cachaça, o povo roubava ele na rua; e, quando ele chegava em casa, dizia que tinha sido eu [...] Pai gostava de todos, menos de mim. Não sei porquê” (sic).

Coisinho foi internado uma única vez em hospital psiquiátrico da cidade, por conta do uso abusivo de álcool, e fez acompanhamento ambulatorial em outro quando criança. Analfabeto, cresceu fazendo pequenos trabalhos (entrega de compras, de botijões de gás e recolhimento de material reciclável).

A chegada

Coisinho chega ao serviço encaminhado por outra instituição, em fins de 2007, cerca de três meses antes da chegada da primeira turma de residentes do Instituto de Saúde Coletiva da Universidade Federal da Bahia (ISC/UFBA). Ele vem acompanhado pela mãe e irmão mais velho. Sua queixa é de *“insônia e alucinações auditivas que o chamam para beber”* (sic); a queixa da família, alcoolismo. Inicialmente, as hipóteses diagnósticas aventadas para Coisinho são as seguintes: F71.1 (retardo mental moderado); F10.2 (alcoolismo); F32/33 (episódio depressivo/transtorno depressivo recorrente) sendo prescritas as seguintes medicações: Fluoxetina, Carbamazepina, Diazepam, Haldol.

Nos grupos e oficinas, Coisinho tem sempre *“olhar ausente, pouco fala. Quando muito, repete algo que foi dito ou ‘concorda’ sem nem haver nada para concordar”*. Apresenta *“risos imotivados, dificuldades na coordenação motora”* (segundo informações de prontuário). Segundo Mannoni (1985, p. 105)

[...] para o débil é muito difícil falar; ele é falado. É difícil para ele desejar, pois é um objeto manobrado [...] desde a mais tenra idade. E, muitas vezes, será grande a tentação para ele de permanecer numa quietude débil, ao invés de aventurar-se no desconhecido.”

Na superfície

Em março de 2008, após cerca de um mês de observação e contato com Coisinho, em alguns grupos e oficinas no serviço, disponibilizei-me a realizar atendimento psicológico a ele em conversa com sua técnica de referência. No primeiro atendimento, o mesmo demonstra vontade de voltar a estudar. Relata ter aprendido a escrever o próprio nome após começar a freqüentar a instituição. “Fiquei treinando em casa e aprendi” (sic).

Quando questionado sobre o fato de não olhar nos olhos das pessoas, Coisinho diz: “*Eu sempre fui assim. Eu não olho pra as pessoas. Pai que era assim. Pai não olhava nos olhos de ninguém*” (sic). Essa fala de Coisinho me remete à passagem de um livro intitulado *Olhe nos meus olhos - minha vida com a Síndrome de Asperger*, em que o autor, John Elder Robison, diz: “Meus pais percebiam que eu era diferente das outras crianças. Eu andava de um jeito mecânico, robótico, desajeitado. Minhas expressões faciais eram rígidas, raramente sorria e não conseguia interagir com os outros...” (Robison, 2008, p. 18)

Quase imperceptível

Poucas semanas após o início do atendimento individual a Coisinho, que se seguiu em paralelo aos grupos e oficinas terapêuticas das quais ele participava no serviço, ele chega à instituição com a perna sangrando. Isso é percebido apenas por funcionária da higienização, que avisa à técnica de enfermagem para providência. Coisinho é levado ao Pronto-Atendimento (PA) mais próximo e deixado lá para atendimento. Algum tempo depois, sua técnica de referência e uma enfermeira residente do ISC retornam ao PA e o encontram sentado da mesma forma em que foi deixado. Trava-se um embate com os profissionais do serviço para que o usuário seja atendido, e isso ocorre apenas no início da tarde. Na volta à instituição em que faz tratamento, vou ver Coisinho na Kombi que o levaria para casa. Ele está bastante quieto, mais silencioso do que nunca,

tremendo. Conta que se feriu durante a reciclagem, no dia anterior, e que foi levado a um posto de saúde pela mãe, onde fizeram um curativo de forma inadequada.

Um olhar para a violência

Em atendimento psicológico realizado em maio, Coisinho justifica seus atrasos/ausências no serviço, o qual passara cerca de um mês sem frequentar. “*Os estudantes e os ladrões estão tocando fogo nos ônibus desde a semana passada*” (sic). Mostra-me a mão direita inchada e a perna “*onde salpicou fogo*” (sic) quando tentava sair de um dos ônibus incendiados na semana anterior. Essa ocorrência alude à questão apresentada em cartilha do Ministério da Saúde (MS) sobre violência, que assinala: os homens são as maiores vítimas dos tipos de violência que levam ao óbito, seja através de armas de fogo e acidentes de trânsito seja por abuso de álcool e outras drogas (2001). No caso de Coisinho, o mesmo esteve exposto a, pelo menos, duas das três modalidades de violência citadas no documento do MS (armas de fogo e abuso de álcool) durante mais de uma semana, o que só vem confirmar duas características flagrantes em seu modo de ser/estar no mundo: a força e a resistência, manifestas em diversos momentos de seu percurso na vida, já descritas ao longo deste texto.

Aprofundando a imersão

A atenção domiciliar constitui dispositivo de grande relevância no manejo com sujeitos em sofrimento mental, principalmente quando se consideram as grandes possibilidades de trocas sociais e afetivas que os profissionais de saúde mental podem intermediar entre os ditos pacientes e os membros da comunidade em que estão inseridos.

A visita domiciliar é uma prática antiga na área da saúde e, atualmente, está sendo resgatada em função das novas políticas de

saúde, que incentivam maior mobilidade do profissional. Mobilidade quer dizer o profissional deixar de ficar esperando as pessoas adoecerem e procurarem recursos, e atuar em seu entorno, detectando necessidades, promovendo saúde e cuidado. (LOPES; SAUPE; MASSAROLI, 2008, p. 241)

Durante o acompanhamento a Coisinho, sinto a necessidade de me aproximar um pouco mais de sua realidade, principalmente porque sua mãe, com quem ele mora, é idosa e enfrenta alguns problemas de doença, o que dificulta sua ida ao serviço.

Nesse sentido, realizo – em comum acordo com Coisinho e sua genitora – visita domiciliar, acompanhada de enfermeira residente do ISC. Quando chegamos, após a descida de um íngreme barranco de terra – que justificou com perfeição o fato de Coisinho sempre chegar ao serviço com as sandálias sujas – sua mãe, embora houvéssimos avisado que iríamos, fica receosa em nos abrir a porta. Esclarece que pensara se tratar de crianças do bairro que ficavam jogando pedras contra seu telhado e contra as quais ela havia se insurgido poucos instantes antes de nossa chegada. Coisinho não está em casa no momento da visita. Segundo a mãe, ele “*tinha ido pro CAPS*” (sic).

No que se refere à história de vida de Coisinho, sua genitora relata diversos episódios em que ele foi agredido e roubado por pessoas do bairro onde ambos residem. Diz que ele já trabalhara como vendedor de picolé, mas que, após episódio em que foi espancado e teve não apenas o dinheiro das vendas como os picolés roubados, abandonou essa atividade laboral.

A genitora de Coisinho fala ainda sobre o acompanhamento que faz há quase 30 anos – iniciado na mesma época em que Coisinho, ainda criança, sofreu o primeiro acidente de carro – em hospital especializado no tratamento de câncer. Mostra-nos os pintinhos que Coisinho “*colecciona*” (sic). Ao final da visita, ao falar sobre o falecido pai do paciente, mostra-nos quarto nos fundos da casa, que Coisinho começara a

construir para si, quando o pai ainda era vivo; mas que, após sua morte, não deu continuidade.

Incapacidade(s)?

Em atendimento ao irmão mais velho de Coisinho, realizado no serviço, o mesmo informa que o usuário já possuiu quatro passes-livres, todos afanados por marginais do bairro onde mora e que está providenciando curatela do mesmo para obtenção do Benefício de Prestação Continuada (BPC). Neste momento, segue-se uma discussão e problematização sobre a interdição judicial, sobre a qual o irmão de Coisinho havia obtido informações equivocadas que a postulavam como condição indispensável para a obtenção do benefício.

O novo Código Civil, que data de 2002, em seu artigo terceiro, diz o seguinte: “São absolutamente incapazes de exercer pessoalmente os atos da vida civil: [...] os que, por enfermidade ou deficiência mental não tiverem o necessário discernimento para a prática desses atos” (BRASIL, 2008, p.143). Isso quer dizer que o doente mental só será tido como incapaz se existir uma patologia, e se o mesmo interferir diretamente em sua capacidade de discernimento ou volição.

Portanto, para que haja interdição civil, não basta a presença da patologia mental; é necessário que haja o prejuízo do discernimento. Trata-se, assim, de um critério claro e objetivo, não mais meramente biológico, mas biopsicológico. É preciso que a patologia esteja associada diretamente ao aspecto psicológico.

Nesse sentido, há que se diferenciar, primeiramente, a capacidade civil de direito e de fato. A primeira é a aptidão inerente a toda pessoa de ser sujeito ativo ou passivo de direitos e obrigações. É um atributo irrenunciável, indelegável e inalienável; é um direito de cidadania. Já a capacidade de fato refere-se à capacidade para exercitar esse direito, é o poder efetivo.

Não se pode confundir, portanto, capacidade civil com capacidade laborativa, que é a plenitude física e mental para exercer atividade produtiva e pode, portanto, sofrer limitações temporárias ou totais, em razão de doenças físicas ou mentais. Nessa segunda situação, configura-se a chamada invalidez.

A incapacidade laborativa, portanto, nada tem a ver com a civil. Deve ser determinada por perícia previdenciária ou trabalhista, pois representa um prejuízo para o exercício do trabalho e tem por finalidade a proteção de direito do indivíduo. A Lei Orgânica da Assistência Social (LOAS) contempla esta questão: protege as pessoas através do pagamento de um valor mensal, que lhes dá, ao menos, uma condição de sair da miséria para a pobreza.

A incapacidade civil, por sua vez, deve ser determinada por ação judicial, estabelecida por perícia psiquiátrica forense e constitui um prejuízo do exercício dos atos de cidadania. Promove limitação de direitos, e este é o grande divisor entre as duas modalidades de incapacidade, a civil e a laborativa. Tornar alguém que busca um benefício incapacitado civilmente é atentar contra o pilar da dignidade da pessoa humana, que deve ser vista como sujeito de direitos e, deste modo, merece todo respeito no que se refere a sua cidadania.

Outro tema que merece um olhar mais cuidadoso é o que se refere à incapacidade relativa. O antigo código civil dizia, em seu artigo 6º, que seriam relativamente incapazes os pródigos. Entretanto, o novo código introduziu, no artigo 1767, elementos novos: “são incapazes relativamente a certos atos, ou à maneira de os exercer, os ébrios habituais, os viciados em tóxico e o deficiente mental; mas desde que tenham discernimento reduzido.”²

2 Informações obtidas a partir de transcrição de palestra proferida por Talvane Marins de Moraes, representante da Associação Brasileira de Psiquiatria, em Audiência Pública sobre Banalização da Interdição Judicial no Brasil, ocorrida no Plenário 9, da Câmara dos Deputados, no dia 16/06/2005, convocada pela Comissão de Direitos Humanos e Minorias da

Este seria, talvez, a possibilidade mais adequada às reais necessidades de Coisinho, tendo em vista que o mesmo, como o próprio irmão diz, no atendimento que realizo com ele, “não é doido. Dizer que ele é doido ele não é. Ele trabalha. Você dá um dinheiro a ele pra ele ir ao mercado, ele vai.”

Contudo, nessa oportunidade, encerro o atendimento, orientando o irmão de Coisinho a seguir em frente no apoio para que o usuário reaveja seu passe-livre – direito já adquirido – no sentido de facilitar não apenas sua ida ao serviço como seu trabalho na reciclagem e circulação pela cidade. Combinamos de dar prosseguimento à questão do benefício após conversa com a Técnica de Referência (TR) de Coisinho, conversa que, no dia, não pôde ser realizada, em virtude de o irmão do usuário ter aparecido na instituição sem agendamento prévio e de a TR de Coisinho estar envolvida em outras atividades no momento em que o atendi.

Reconhecendo-se da posição de espelho

Em atendimento psicológico realizado cerca de um mês antes da passagem do trio de residentes que estava na instituição referida para a equipe seguinte, Coisinho relata sobre o enterro do avô (pai do pai) que “*morreu de cachaça*”. “*Na família de mãe, morreu tudo de cachaça. Só sobraram dois (tios)*” (sic). Diz que está triste e que não quer continuar nessa posição de “espelho” das pessoas citadas.

Parece que a única forma de existir para Coisinho foi ficar preso, de modo completamente imaginário, na relação especular com o outro, da qual não se separou a contento, o que nos faz atentar para a possibilidade não de retardo mental, mas de psicose.

Câmara, com o apoio do Conselho Federal de Psicologia e da Rede Internúcleos da Luta Antimanicomial.

De acordo com Souza (2001) que acredita na possibilidade de trabalho analítico com sujeitos psicóticos, a estratégia a ser utilizada pelo terapeuta deve se pautar “nas vacilações que surgem no discurso, valorizando a mobilidade e a novidade das significações”, o que permite que seja realizado o deslocamento, ainda que mínimo e pontual, das significações rígidas atribuídas ao longo da vida do sujeito que está diante dele. É preciso, portanto, além de um manejo adequado do tempo, certa dose de paciência para acompanhar o sujeito na tessitura de redes, que transformem os fragmentos de significações na construção que for possível para ele.

Olhe nos meus olhos – o confronto necessário

[...] os olhos são as janelas do corpo, uma vez que eles revelam o sentimento interior. Mas, como todas as janelas, eles podem estar fechados ou abertos. No primeiro caso, eles são impenetráveis; e no segundo, podemos ver o interior da pessoa. (LOWEN, 1982, p. 244-5)

Neste ponto, cabe delinear as modificações observadas, durante o acompanhamento intensificado, no posicionamento de Coisinho no serviço, nas oficinas, diante dos outros usuários, dos técnicos do serviço.

No decorrer do acompanhamento – que, vale ressaltar, não foi feito de forma isolada por mim, mas também por importantes parceiros no trabalho, que acompanhavam Coisinho tanto nas oficinas e grupos como em atendimentos individuais e se disponibilizavam a dialogar sobre ele – foi possível observar significativas mudanças na atitude dele frente aos demais atores do serviço. De um homem desengonçado e isolado, ele passou não apenas a fazer amigos, dentre os usuários, como a se posicionar de outro modo durante os grupos/oficinas e mesmo diante dos outros profissionais do serviço, “nessa altura da vida, eu aprendera a

capitalizar minhas diferenças quanto ao resto da humanidade. Na escola, me tornara o palhaço da classe.” (Robison, 2008, p. 41)

Vale relatar o atendimento psicológico em que discutimos sobre o suposto episódio de roubo, ocorrido entre Coisinho e um usuário que se tornara seu amigo no serviço, inclusive para saídas rápidas em direção a bares vizinhos. A hipótese aventada por alguns técnicos do serviço era a de que o amigo o teria roubado, quando iam juntos para casa, já que, num breve momento em que os dois se separaram, o amigo desapareceu, bem como o dinheiro que havia na sacola de Coisinho.

Sobre o ocorrido, ele diz: “*Eu não era assim. Eles viraram minha cabeça [...] Já decidi que não vou mais quando eles me chamarem (para beber). Aqui é lugar de tratamento, não é lugar de fazer sindicato*” (sic).

No que se refere ao fato de ele não olhar nos olhos de pessoa alguma, situação que não se modificou durante todo o tempo em que estive no serviço, a passagem abaixo traz uma contribuição interessante, por estar bem de acordo com a atitude de Coisinho durante os grupos/oficinas.

Quando estou conversando com alguém, estímulos visuais podem distrair minha atenção. Na infância, se eu visse alguma coisa curiosa, parava completamente de falar e ficava observando o que me interessara. Hoje em dia eu não interrompo a conversa totalmente, mas posso fazer longas pausas entre as frases. Por isso procuro focar meus olhos em algo neutro, como o horizonte e o chão. Então, para mim [...] é perfeitamente normal falar sem encarar o interlocutor. (Robison, 2008, p. 17)

Nos grupos, as poucas pontuações de Coisinho sempre estavam fora do contexto do que estava sendo discutido/problematizado no momento. Lembro bem da primeira vez em que participei de um grupo do qual ele fazia parte. A proposta era de construção coletiva de uma mandala, e, em seguida, que os participantes sugerissem nomes em consonância com os objetivos do grupo, denominado Projeto de Vida. Os participantes indicaram nomes como Mandala do Projeto de Vida, Mandala da Vida, e outros na mesma linha de pensamento. Qual não foi nossa surpresa

quando, de repente, veio a sugestão de Coisinho: *Bom salário pra vocês!* (no caso, ele se dirigia a nós, facilitadores do grupo, que éramos três).

Embora a sugestão, aparentemente, não estivesse congruente com as anteriores, fazia alusão à conjuntura política concreta mais ampla vivenciada pelos profissionais da instituição, que estavam na iminência de serem demitidos – por conta da precariedade de seus vínculos empregatícios – para efetivação de profissionais convocados por concurso público.

Um novo olhar

Cerca de um mês antes de minha saída do serviço, numa manhã de segunda-feira, quando vou chamar os usuários para uma oficina, Coisinho, pela primeira vez, solicita falar comigo, chamando-me por meu nome. Como é mesmo seu dia de atendimento individual comigo, pergunto-lhe se podemos deixar o assunto para depois da oficina, no que ele assente. Qual não é minha surpresa, quando, logo no início da oficina, após o coordenador questionar aos usuários sobre o fim de semana, Coisinho – que, há poucos minutos, ascendera, definitivamente, à posição de sujeito perante mim – relata, de forma quase banal que, na véspera do fim de semana, pouco depois de chegar à casa após reciclagem, ouviu barulhos vindos da porta, e, quando foi ver do que se tratava, encontrou sua mãe, ensanguentada, desmaiada no chão.

Pelo modo com que ele narra a situação, que demonstra sua grande dificuldade em acessar os sentimentos relativos àquela vivência, segue-se um silêncio sepulcral. Eu, particularmente, fico sem saber o que fazer, o que/como dizer, sentindo imensamente o fato de não ter lhe dado a atenção que ele, pela primeira vez solicitara, antes do início da oficina.

Essa dificuldade de Coisinho em fazer contato com os próprios sentimentos remete à passagem de conferência proferida por Alexander Lowen (1965, p. 17, nossa tradução) em que diz: “Todos os nossos sentimentos são percepções corporais. Quanto e quão profundamente sentimos é uma função da nossa auto-consciência.” A questão de Coisinho

era justo a dificuldade em aprofundar a vivência do próprio corpo para sentir, a si próprio e ao mundo que o rodeia.

Logo em seguida à oficina, no atendimento individual, ele tenta me contar, em particular, o que, há poucos instantes, se descortinara para um grande coletivo de usuários. Seu discurso está confuso, desorganizado, fragmentado. Este foi, sem dúvida, o atendimento mais difícil e mobilizador de minha vida.

No pouco tempo que me resta no serviço, à época, tento dar a ele o suporte necessário para se haver com as duas possibilidades de perda experienciadas simultaneamente: a perda real da psicóloga residente que o atendera durante alguns meses e a perda imaginária da mãe. E essa necessidade de apoio advém, sobretudo, do fato de, dadas as circunstâncias em que a violência com a mãe ocorrera; Coisinho, em um mês, transita da posição de principal suspeito à de alguém que, segundo a Justiça, não seria capaz de cometer tal ato.

Nessa etapa final da primeira turma de residentes na instituição, sugiro a sua técnica de referência que agencie a possibilidade de que Coisinho continue a ter atendimento psicológico, mas ela segue firme na convicção de que “ele não tem demanda”.

Em meu último dia no serviço, participo de oficina em que Coisinho está presente. Ele se mostra falante, agitado – voltara a beber diariamente desde o episódio com a mãe – faz referência, em diversos momentos, à minha saída. No último atendimento individual, deseja-me sorte e diz que “*eu vá com Deus*”.

TUDO É UMA QUESTÃO DE PONTO DE VISTA

Após quatro breves meses de acompanhamento intensivo a Coisinho, posso dizer, antes de qualquer coisa, que, como já dizia Antoine de Saint-Exupéry, o essencial é invisível aos olhos. Desde o primeiro momento

em que vi aquele sujeito, o que me chamou a atenção foi o fato de ele não fazer contato visual com qualquer pessoa em situação alguma.

Com o passar do tempo, pude perceber que essa característica, apesar de constituir uma espécie de barreira em seu relacionamento com os outros, não era, de forma alguma, impeditiva a que ele se vinculasse às pessoas, e elas a ele. O que ele precisava era apenas de um leve empurrão, de alguém que acreditasse que, por trás daquele homem enorme, silencioso e desengonçado, havia um ser humano com potencialidades, como todos os outros.

O diagnóstico de retardo mental que lhe foi dado, no primeiro atendimento psiquiátrico – e que persistiu durante todo o período em que estive naquela instituição como residente – foi, de meu ponto de vista, o maior equívoco cometido em seu tratamento. Não pelo diagnóstico em si, mas pela repercussão que o mesmo gerou na equipe em sua forma de lidar com ele; como se, por ser retardado, não houvesse muito o que se fazer por/com Coisinho.

Por conta disso, acredito e defendo a necessidade de se redimensionar a posição do diagnóstico psiquiátrico na clínica com sujeitos em sofrimento psíquico. Urge que se retomem as posições acerca do fazer diagnóstico; que possibilitem a elaboração de uma certa compreensão sobre o sujeito, um modo de concebê-lo que oriente o olhar dos sujeitos que terão um agir terapêutico junto a ele e que jamais, em hipótese alguma, sirvam para tolher suas possibilidades de ser mais do que se espera dele, de ir além. Concordo com Paulo Leminski quando diz que “isso de querer ser exatamente aquilo que a gente é ainda vai nos levar além”.

O que todo ser humano necessita é da possibilidade de expressar-se, e de que essa possibilidade seja garantida pelo (s) outro (s) que com ele convive. Nos países ditos primitivos, os loucos vivem entre os outros homens, têm seu lugar na aldeia, assumem um papel, mesmo que seja o papel de louco, e são respeitados como tal.

Nossa civilização é que postula um não lugar para o ser humano que subverte, em algum nível, as normas e convenções sociais. Aquele que

é incapaz de um certo rendimento social ou escolar – como foi o caso de Coisinho quando criança – é excluído, relegado a segundo plano, ao plano dos sem-futuro, dos que não podem se desenvolver.

Há que se considerar que, sob esta perspectiva, não há possibilidade de um sujeito se assumir como ser autônomo, ultrapassando uma fronteira traçada por um outro social que tem certo poder e autoridade sobre sua vida – no caso, a família, escola.

E pensar que o gênio Gilberto Freyre – sociólogo e autor do clássico *Casa Grande Senzala* – levou, quando criança, alguns anos até aprender a ler, por não se adaptar aos padrões escolares da época; e, nem por isso, precisou conviver com a pecha do retardado.

Por fim, cabe salientar minha satisfação em perceber que é possível, ao contrário do que muitos dizem, fazer uma clínica ampliada, verdadeiramente psicossocial, no campo da Saúde Mental, que contemple a troca de olhares, práticas e saberes entre profissionais; a troca de olhares, afetos e experiências entre profissionais e usuários dos serviços de Saúde Mental. Uma clínica não de sujeito para objeto, mas de sujeito para sujeito.

Referências

BANZATO, C. E. M. et al. O que os psiquiatras brasileiros esperam das classificações diagnósticas? *J Bras Psiquiatr*, Rio de Janeiro, v. 56, n. 2, p. 88-93, 2007. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/jbpsiq/v56n2/a03v56n2.pdf>>. Acesso em: 10 maio 2012.

BERRIOS, G. E. Classificações em psiquiatria: uma história conceitual. *Rev. psiquiatr. clín.*, São Paulo, v. 35, n. 3, p. 113-127, 2008. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0101-60832008000300005&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 3 fev. 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. Os homens e a violência. In: *Violência Intrafamiliar: orientações para prática em serviço*. Brasília: Secretaria de Políticas de Saúde, 2001. (Cadernos de Atenção Básica, n. 8; Série A – Normas e Manuais Técnicos; n. 131) Cap. 7.

BRASIL. Lei n. 10.406 de 10 de janeiro de 2002. Institui o Código Civil. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/2002/L10406.htm>. Acesso em: 10 maio 2012.

BRASIL. Congresso Nacional. Comissão de Direitos Humanos e Minorias. *A banalização da interdição judicial no Brasil: relatórios*. Brasília: Câmara dos Deputados, 2007. (Série ação parlamentar; n. 349) Disponível em: <<http://bd.camara.gov.br/bd/handle/bdcamara/1750?show=full>>. Acesso em: 11 maio 2012.

BRASIL. *Código civil brasileiro (2002) e legislação correlata*, 2. ed. Brasília: Senado Federal, Subsecretaria de Edições Técnicas; 2008. Disponível em: <<http://www2.senado.leg.br/bdsf/bitstream/handle/id/70327/C%C3%B3digo%20Civil%2020ed.pdf?sequence=1>>. Acesso em: 25 nov. 2014.

DALGALARRONDO, P. *Psicopatologia e semiologia dos transtornos mentais*. Porto Alegre: Artmed, 2000.

FOUCAULT, M. *El nacimiento de la clínica (prefacio e conclusion)*. México: Siglo Veintiuno, 1997.

FOUCAULT, M. *O poder psiquiátrico: curso dado no College de France (1973 – 1974)*. São Paulo: Martins Fontes, 2006.

LOPES, W.; SAUPE, R.; MASSAROLI, A. Visita domiciliar: tecnologia para o cuidado, o ensino e a pesquisa. *Cienc Cuid Saúde*, Maringá, v. 7, n. 2, abr./jun., p. 241-247, 2008. Disponível em: <<http://periodicos.uem.br/ojs/index.php/CiencCuidSaude/article/view/5012/3247>>. Acesso em: 10 maio 2012.

LOWEN, A. *La respiración, los movimientos y los sentimientos: una discusión de los conceptos básicos subrayando el trabajo con el cuerpo en la psicoterapia*. Conferencias dictadas en el Hotel Biltmore, New York City, en el otoño de 1965. Disponível em: <<http://www.clinicabioenergetica.org/docs/cuadernosiiibanro3.pdf>>. Acesso em: 30 nov. 2014.

LOWEN, A. *Bioenergética*. São Paulo: Summus; 1982.

MANNONI, M. *A criança retardada e a mãe*. São Paulo: Martins Fontes, 1985.

ROBISON, J. E. *Olhe nos meus olhos: minha vida com a Síndrome de Asperger*. São Paulo: Larousse, 2008.

SALVADOR. *CAPSad Pernambues: projeto terapêutico*. Salvador: [S. n.], 2006. (Documento word disponibilizado pela coordenação).

SILVA, M. V. O. Loucura, Cultura, Instituição e Sociedade. In: SILVA, M. V. O. *In-tensa Ex-tensa: A clínica psicossocial das psicoses*, p. 42-51. Salvador: UFBA, Departamento de Psicologia, PIC – Programa de intensificação de cuidados a pacientes psicóticos; 2007.

SOUZA, N. A clínica analítica com pacientes psicóticos é possível? In: QUINET, A. (Org.). *Psicanálise e psiquiatria - controvérsias e convergências*. Rio de Janeiro: Rios Ambiciosos, 2001. p. 209-214.

Atenção domiciliar em saúde mental

conhecendo histórias, construindo laços, descobrindo caminhos, tecendo redes, suscitando sujeitos

*Francine Melo
Patricia von Flach*

INTRODUÇÃO

A história do desenvolvimento do modelo de atenção hospitalar brasileiro é marcada por inúmeras crises. Essa trajetória nos autoriza a enfrentar alguns temas pertinentes ao uso de tecnologias, saberes e cuidado ofertado aos usuários do sistema de saúde, bem como a discussão ampliada sobre alternativas que permitam agregar a integralidade na atenção prestada na rede de serviços de saúde. (BRASIL, 2004) Essas crises impulsionam a gradativa substituição de um modelo tradicional – centrado em um indivíduo, ofertado em ambiente hospitalar – passando a ser regido por outras possibilidades de modelo, que considerem a família e o contexto social ofertado na e com a comunidade.

A atenção domiciliar envolve ações de promoção e prevenção à saúde, tratamento de doenças e reabilitação desenvolvidas na residência dos usuários. Essa forma de cuidado valoriza o sujeito, reforça a importância da família e permite a expressão dos afetos. Encontra-se em duas modalidades, como dispõe o Código de Saúde de Belo Horizonte (2006),

A atenção domiciliar admite duas modalidades: a assistência domiciliar e a internação domiciliar. A primeira se constitui em uma modalidade de atenção desenvolvida no domicílio do usuário englobando uma série de visitas programadas com periodicidade a depender da complexidade assistencial requerida, sendo direcionada a pacientes crônicos que exigem cuidados de longo prazo por apresentarem perda considerável de sua autonomia por doenças graves e/ou incapacitantes e a segunda ocorre como modalidade da atenção domiciliar, integra um conjunto de atividades prestadas no domicílio a pacientes que necessitam de atenção mais intensa, sem, todavia necessitarem de hospitalização. (título IV, capítulo IX, seção III)

A atenção domiciliar é uma intervenção em processo de construção no SUS, a qual propõe um cuidado junto à família, à rede de amigos e abre possibilidades de novos vínculos. Essa forma de trabalho, que antes ocorria de forma tímida, hoje recebe novo contorno. Segundo Merhy e Feuerwerker (2008), existem quatro campos de motivação para o desenvolvimento da atenção domiciliar: a) a desospitalização de internações desnecessárias antes geradas pela fragilidade das redes de apoio para usuários em situação de risco e vulnerabilidade social; b) os processos de “alta precoce” para ampliar a rotatividade dos leitos hospitalares e evitar complicações advindas de internações prolongadas; c) o aumento de períodos livres de intercorrências hospitalares em pacientes crônicos, com histórico de reinternações recorrentes e d) os cuidados paliativos em que o alívio da dor e uma boa morte são o objeto do trabalho das equipes.

Na saúde coletiva a Atenção Domiciliar é vista como promoção de ações à saúde, prevenção de doenças, abrangendo a assistência e reabilitação desenvolvidas no domicílio. Na saúde mental, a atenção domiciliar

[...] apresenta-se como uma tecnologia que propõe cuidar integralmente do indivíduo, preocupando-se em ampliar suas redes de apoio, responsabilizando a família e apoiando-a, buscando

meios que melhorem a qualidade de vida do paciente (GUIMARÃES, HORA; MOREIRA, 2007, p. 137)

Essa estrutura contrapõe-se ao modelo tradicional, por não estar organizado em um espaço limitado e fechado, pelo contrário, permite um fazer sistemático, dinâmico, consistente, criativo e inovador, possibilitando a clínica ampliada, baseada em um trabalho clínico que prioriza o sujeito, a família e a comunidade, tendo como objetivo produzir saúde e aumentar a autonomia desses atores sociais. Para isso, utiliza-se de estratégias como 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, 2004)

Nesse cuidado,

[...] Não cabem mais atitudes padronizadas, previsíveis, que busquem o controle. O profissional depara com o novo, o inesperado, depara-se com as singularidades e encara o espaço domiciliar e urbano como fundamental para a inserção social do usuário. (SILVA, 2009, p. 24)

Esse cuidado, que cria oportunidade de vínculo e inserção do usuário em sua comunidade, tem um significado ampliado quando se trata de sujeitos que tiveram a história marcada pela exclusão social.

A atenção domiciliar, na saúde mental, prioriza relações vinculares as quais devem ser fortalecidas de forma gradual, dia após dia, respeitando o tempo do usuário. É uma construção que exige do profissional uma disponibilidade e uma consciência ética do seu fazer. A atenção domiciliar como uma tecnologia do cuidado deve ser utilizada de forma contínua e não somente em atenção à crise. (SILVA, 2009)

Santos e Kirschbaum (apud SILVA, 2009) destacam que o processo de reinserção social das pessoas com transtornos mentais, na última

década, incrementou a atenção domiciliar, mas a produção bibliográfica articulando esses dois temas ainda é irrisória, tendo em vista as recentes iniciativas nessa área. Essa escassez de documentos, da produção literária que pode discutir e evidenciar a possibilidade e a necessidade do fazer na atenção domiciliar em saúde mental torna ainda mais relevante este trabalho.

Este relato é fruto da atenção domiciliar realizada com um adolescente em sofrimento mental e grande vulnerabilidade social de um Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) do município de Salvador-BA, no período de julho a dezembro de 2008.

O atendimento foi iniciado por duas colegas residentes do Instituto de Saúde Coletiva que estavam atuando nesse serviço no período. Nessa oportunidade, elas relataram o quanto foi difícil realizar contato com o usuário, pois, apesar de ter sido acolhido no CAPS em fevereiro de 2008 o adolescente, que chamarei de Felipe, só começou a frequentar as atividades em abril, comparecendo apenas três vezes ao serviço nesse mesmo mês. Em junho, sua mãe entrou em contato com o serviço informando que não levaria o filho ao tratamento por não ter condições financeiras para pagar o transporte e solicitando apoio à instituição em relação a essa dificuldade, o que não foi possível concretizar-se, pois o carro do serviço estava sem funcionar. Em julho de 2008, o caso é discutido em reunião de equipe e decide-se fazer uma busca ativa.

Muitas foram as dificuldades para localizar a família que não possuía telefone e o endereço não havia ponto de referência. Foi mantido contato com o 3º Centro de saúde, a fim de verificar se a família do adolescente possui matrícula nesse serviço, mas nada foi encontrado. O Programa dos Agentes Comunitários de Saúde (PACS) também foi acionado, porém descobre-se que a região onde Felipe reside não tem a cobertura desse programa. Apesar disso, um agente comunitário de saúde se disponibiliza a procurar o endereço dessa família junto com as residentes, finalmente obtendo sucesso nessa tarefa.

Nesse mesmo período, as colegas residentes estavam mudando de campo de prática. Dessa forma, tentou-se articular com profissionais da equipe técnica do serviço para o acompanhamento do caso, entretanto por conta de problemas políticos e estruturais, não havia profissional disponível para esse atendimento.

Na descrição que se segue, a intenção é ofertar ao leitor uma circunscção de uma atenção domiciliar na área de saúde mental, onde foram utilizados os recursos da comunidade como estratégia de suporte para enfrentamento da problemática. Não se tem a pretensão de esgotar todas as formas de fazer uma atenção domiciliar. Esse trabalho aponta para uma forma de cuidado diferente do tradicional, onde a atenção domiciliar articulada com a rede de apoio, convoca sujeitos, cria possibilidades de aumento do poder contratual e ampliação da sua rede de suporte social.

CONHECENDO HISTÓRIAS...

Nesse contexto, ao chegar ao serviço o caso me foi apresentado. Após a apropriação dos relatos das colegas e dos escassos comentários em prontuário, aceitei o desafio de conhecer e acompanhar o adolescente.

Ao chegar à casa de Felipe havia um forte odor de umidade na casa que quase impossibilitava a entrada no ambiente que, por sua vez, era muito pequeno. Havia um colchão no chão, revistas velhas, brinquedos quebrados, roupas espalhadas, panelas, pratos e um lençol pendurado para dividir o único cômodo que comportava todos esses objetos. Felipe era pálido, apesar da sua cor morena e estava muito magro e debilitado.

Ele foi apresentado, entretanto não interagiu. Permaneceu orando por longo período, de costas para porta e de frente para a parede, ajoelhado e indiferente à presença de todos. Entendendo que o tempo de cada um é diferente do outro, procurei me fazer presente, disponível, respeitar o

momento dele. Diante disso, o foco da intervenção foi direcionado para a mãe do adolescente, que chamarei de D. Viviane.

Essa senhora, no passado, era católica, possuía condições de pagar escola particular para os filhos, escrevia letras de músicas, trabalhava em uma “vendinha” de doces e morava com o pai de Felipe, apesar de este possuir outra família. Seus pais são falecidos e não possui irmãos, nas fotos – que mostrava enquanto conversávamos – estava sempre sorrindo ao lado dos filhos.

D. Viviane, na época do acompanhamento do filho estava envelhecida, com a cabeça raspada e sempre coberta com um lenço. Vestia-se como “homem”, não tinha vaidade, era evangélica, frequentava a igreja Universal do Reino de Deus e fazia “bicos” para arrumar alimentos. Seu discurso era endurecido e sem esperança. Relatou que tinha quatro filhos, duas filhas que não sabia onde moravam e que já estavam casadas, Felipe de 15 anos e André de 22 anos, que moravam com ela, todos filhos de pais diferentes.

Em várias visitas, encontrei Felipe estático, orando de maneira fervorosa, sem estabelecer comunicação alguma. Então, fiz contato com sua rede social. Na escola, segundo a coordenadora, o adolescente tinha comportamentos inusitados, como, por exemplo, ficava orando em pé durante as aulas e não possuía ciclo de amizades.

Durante essas visitas, D. Viviane estava sempre culpabilizando o pai do adolescente, que chamarei de Sr. Manoel, por tudo de ruim que aconteceu em sua vida, desqualificando o pai na frente do filho. Nessas ocasiões, procurava intervir no sentido de orientar essa mãe sobre a necessidade de evitar comentários inadequados na presença do adolescente, pois uma imagem paterna negativa contribui para o adolescente formar autoimagem também negativa; o pai é uma referência psicológica masculina importante para a formação e desenvolvimento do sujeito.

O Sr. Manoel contava com aproximadamente 80 anos e negava-se a qualquer tipo de intervenção, não informava onde morava e não possuía telefone. Faltava aos encontros marcados e atribuía a doença do filho ao

“demônio”. Os poucos momentos que o encontramos foi casualmente, mas mesmo nesses momentos falamos da importância do apoio dele ao filho.

Nesse contexto, vários questionamentos foram suscitados – Como intervir nessa família, sem ser invasiva? A mãe tinha o poder da fala, onde só ela poderia usá-la. Como criar um vínculo com um adolescente que nem olhava para mim? Onde colher mais informações? Havia poucos dados e não se tinha o diagnóstico. Felipe foi medicado com antidepressivo, mas havia uma suspeita de ter uma estrutura *borderline*¹ ou até mesmo de estar iniciando uma psicose.² Felipe não queria sair de casa para nada, muitas vezes sua mãe o arrastava pelo braço para frequentar a escola, não conversava com ninguém, não tinha amigos, passava todo o tempo orando em pé na sala de aula, ou no banheiro da instituição. E quando não ia a escola, ficava grande parte do dia na igreja, orando, por tempo indeterminado em longos jejuns.

-
- 1 O Transtorno de Personalidade Borderline, assim intitulado no Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-IV), é denominado na Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados com a Saúde (CID), 10ª edição, como Transtorno de Personalidade Emocionalmente Instável, tipo *borderline* (limitrofe). Em ambas as classificações, é caracterizado por padrão difuso de instabilidade dos relacionamentos interpessoais, da autoimagem e dos afetos e acentuada impulsividade, começando no início da vida adulta e presente em uma variedade de contextos. (DAL'PIZOL, 2003, p. 2)
 - 2 “A Psicose pode ser definida como uma desordem mental na qual o pensamento, a resposta afetiva e a capacidade em perceber a realidade estão comprometidos. [...] As características clássicas da psicose são: [...] presença de delírios, alucinações e ilusões.” (SADOCK, 2000 apud TENGAN, 2004, p. 1) “Quando comparadas às psicoses infantis, não se observam delírios ou alucinações. Normalmente, os comportamentos da criança estão associados a questões emocionais sérias, que requerem uma investigação psicodinâmica cuidadosa, algumas vezes envolvendo questões de abuso ou negligência contra a criança.” (TENGAN; MAIA, 2004, p. 6)

CONSTRUINDO LAÇOS...

Felipe, após inúmeras tentativas e com o devido respeito ao seu tempo, foi se vinculando a mim. Foi deixando de ser indiferente à minha presença, já olhava, balbuciava algumas palavras tentando me evangelizar e dentro do possível, íamos ensaiando uma conversa. Essa foi a forma possível, no momento, de acolher seu sofrimento e criar possibilidades de construção do vínculo. Nesse sentido, a intervenção voltou-se, prioritariamente, para o acolhimento do sofrimento desse sujeito, tendo como principal recurso terapêutico a comunicação verbal e não verbal, onde não havia juízo de valor e nem preocupação com o desempenho profissional. Nesse cuidado, acolhemos a realidade segundo a visão do usuário e tentamos juntos estabelecer novos encontros e significados para os conflitos e contradições que o mobilizavam.

A técnica da escuta é uma estratégia efetiva de fortalecimento do vínculo e de (re)significação dos conflitos. Assim, fui convidada por Felipe para conhecer a igreja que ele frequentava. Fiquei paralisada, ele era muito fervoroso e voltou-se para mim decidido a me evangelizar. Já havia conversado com o pastor, de maneira informal, sobre o adolescente, mas participar de um culto poderia tomar outras dimensões e criar uma frustração nesse adolescente, pois no meu imaginário este possuía a expectativa de converter-me à sua crença. Fiquei a pensar durante alguns minutos e acordamos voltar a esse assunto na semana seguinte.

DESCOBRINDO CAMINHOS...

Diante de tantas angústias no manejo da situação, procurei o ponto de apoio e de reflexão: a preceptoria e a discussão do caso entre colegas de distintas categorias. Afinal, o sucesso de uma intervenção vem da leitura e do cruzamento dos diversos olhares. Enquanto residentes, temos um

lugar privilegiado, onde podemos discutir, refletir e se submeter a provocações que geram inquietações e por vezes uma (re) direção. E por não haver “receita de bolo” procurei ler Lancetti (2006) e Merhy (2002) e usar a sensibilidade, a sinceridade, a cautela, a escuta, a fala, ou seja, *o feeling*.

Lancetti (2006, p. 15-16, grifo do autor), na introdução do seu livro a *Clínica peripatética*, cita que

[...] em algumas biografias de Freud pode ser encontrada a expressão *terapia peripatética* para referir-se as sessões acontecidas caminhando. ‘Ele também se refere a Nietzsche, o qual afirma que’ as principais idéias surgem durante a caminhada.

Então, convidei Felipe para caminhar pela rua, ir ao shopping, ao centro social – que apesar de ser ao lado da sua casa, ele jamais havia ido – mas ele recusou. Procurei ser cautelosa, mas também sensível ao seu pedido de que eu fosse a igreja e recorri para a sinceridade, sondando sobre qual a intenção desse convite. Depois de uma longa conversa sobre religião, direito de escolha, sobre pessoas boas de diferentes raças e classes sociais, para minha surpresa – ele falou: “quero apenas que você conheça a minha igreja e veja o meu culto, não quero que se converta.”

Fiquei mais tranquila e fui à igreja assistir o culto de descarrego, as orações eram fervorosas, diferente de tudo que já havia visto. O pastor, ao fim do culto, orava sobre o meu corpo por insistência de D. Viviane. Após esse momento aproveitei para conversar com o pastor e com os obreiros.

Em determinado momento desse processo comecei a perceber que minha intervenção não estava surtindo efeito, pois a mãe do adolescente falava o tempo inteiro, não me deixava conversar a sós com Felipe, nem com o pastor. Estava sendo quase um martírio, pois ela sofria com todas as suas questões, mas não me permitia intervir com palavra, ações ou tentativa de deslocar a queixa para a reflexão.

Depois de algumas conversas e relatos da situação, em preceptoria, decidimos convidar uma psicóloga residente para atuar nesse caso junto

a mim. Consideramos estratégico intervir separadamente e nos reunir ao fim da visita para discutir o atendimento. Como eu já havia desenvolvido um vínculo com Felipe, fiquei atendendo ele e o irmão que chamarei de André e minha colega psicóloga atendeu D. Viviane.

Nesses atendimentos Felipe confidenciou que ora porque sabe que será curado, mas quando questionado sobre do que quer ser curado, não responde. Não foi apenas na vida de Felipe que a religião ocupou um lugar importante. Sua mãe e seu irmão também seguiam criteriosamente os “mandamentos”. Além disso, D. Viviane restringia bastante as atividades dos seus filhos: não permitia que eles escutassem músicas que não fossem da igreja, retirou Felipe do jogo de futebol que ele tanto gostava, não autorizando que eles se envolvessem com “pessoas do mundo” e eles só poderiam começar a namorar quando tivessem condições financeiras para assumir um relacionamento sério e com alguém de sua religião. Eles passavam o dia inteiro dentro de casa e não podiam sair nem conversar com os vizinhos. A única rede social era a igreja e a escola.

Nesse processo, observamos a mãe do adolescente sempre muito invasiva, não o deixava falar sobre seus desejos, não permitia ao menos que expressasse suas angústias e medos. Sempre que tinha oportunidade D. Viviane respondia às perguntas direcionadas para os filhos, e em um desses momentos, Felipe diz: “minha mãe já fala muito por mim”.

Assim, convido Felipe para darmos uma volta pela calçada, irmos ao shopping, para que ele expresse suas vontades. No início íamos a família toda, depois -mais vinculados- íamos apenas eu e Felipe. Seu irmão André foi fonte chave, era ele que incentivava Felipe a sair de casa, apesar de ele – André – ser muito tímido, apático, debilitado e sem autonomia, tinha a confiança de Felipe e eles compartilhavam muito dos medos e das dores da vida.

Dessa forma fui com a família conhecer a escola, não havia aula, cheguei a voltar inúmeras vezes, até conseguir organizar uma reunião com alguns professores e diretores, desmistificando muitos das representações sociais acerca do transtorno mental, falamos sobre preconceito e apoio.

Eles criticaram a forma da família se comportar com o adolescente, mas concluíram que a omissão também era uma forma de violência. E Felipe sofria essa violência por parte dos colegas, quando orava em pé na sala, ou quando se distanciava de todos. As pessoas costumam ser cruéis com o diferente e Felipe sofria com isso.

TECENDO REDES...

Após algumas reuniões, a mudança do adolescente era inacreditável. Ele sentava na frente, copiava e fazia os exercícios, tentava evangelizar os funcionários e os professores começando a interagir a sua maneira. Lembro-me que a professora de matemática teve um papel fundamental nesse processo, pois era amável, carinhosa e o tocava no braço, na cabeça e beijava-o no rosto. Durante todo esse tempo não havia visto uma aproximação deste tipo com sua mãe. Essa modalidade de atenção domiciliar,

[...] oferece mais liberdade na condução das atividades, permite o relacionamento direto com as pessoas e possibilita a vivência dos contextos reais de vida, o que coloca os trabalhadores em cena de outro modo e abre novos espaços para a produção de alternativas coletivas, criativas e apropriadas para o cuidado e a produção de autonomia. Possibilita aos profissionais o uso das suas tecnologias leves, pois o domicílio enquanto espaço de cuidado permite que emirjam as dimensões não capturadas pela normativa institucional (MERHY; FEUERWERKER, 2007 apud SILVA, 2009, p. 21)

Essa liberdade na condução do caso permitiu-me enxergar que sua complexidade também envolvia outras questões. Existia um quadro preocupante de desnutrição que poderia levar à morte e, nesse sentido, entramos em contato com o 3º Centro Saúde onde se verificou que a

família de Felipe não possuía matrícula nesse serviço. Mesmo com todas as dificuldades, conseguimos sensibilizar a mãe do adolescente quanto à importância de um acompanhamento clínico – psicológico para o filho. Ele que há muito tempo não era vacinado, tomou as vacinas necessárias e realizou outros exames de saúde. Constatou-se também a necessidade de um tratamento para D. Viviane, entretanto, essa se mostrou bastante resistente e irredutível.

Era do meu conhecimento que a família estava doente, a atual realidade era muito dolorosa. No início desses encontros, foi observado uma situação de pobreza extrema de modo que não havia recursos financeiros para a própria alimentação. Diante disso fomos ao Centro de Referência de Assistência Social (CRAS) e isso possibilitou o alcance de D. Viviane a outro dispositivo de sua rede social, fortalecendo o nosso vínculo.

Retomando a visita ao CRAS, essa tinha como objetivo discutir sobre os Projetos Sociais do Governo Federal nos quais a família pudesse ser beneficiada. Incluímos Felipe no bolsa família e aguardamos a liberação do benefício. Incentivamos a família na busca de curso profissionalizante e trabalho informal para André, de 22 anos. Entretanto a mãe era irredutível, mesmo com as dificuldades, ele só ia trabalhar ao término dos estudos. Na realidade era visível o medo dessa senhora em relação à perda do poder sobre os filhos.

É importante lembrar que cuidar das pessoas no domicílio traz implícito o partilhar de hábitos e de rotinas que são privativas daquele espaço e possibilita o acesso a novos aspectos da vida dos sujeitos. Os profissionais de saúde operantes dessa prática acabam tornando-se depositários de assuntos íntimos e particulares das famílias, bem como de suas angústias, conflitos e demandas. (ABRAHÃO; LAGRANGE, 2007) Ainda cabe a estes profissionais, dentro dos seus saberes-fazer e da ética do cuidado, lidar com as distintas necessidades dos membros da família e selecionar aquelas possíveis de serem respondidas dentro do escopo terapêutico e do que todos necessitam.

Na medida em que fui me aproximando da realidade cotidiana de Felipe percebi que para que o manejo clínico fosse facilitador de alguma transformação de vida seria necessário considerar a ideia de Geertz (1997) de validar a dimensão cultural, procurando compreender e dialogar com os conceitos de realidade próxima, a fim de favorecer o remanejamento da identidade pública imputada ao jovem e o seu (re) nascimento enquanto sujeito autônomo e de direitos.

Assim, ao dialogar com a realidade e as possibilidades próximas, eu não mais precisava convidar a família para ir ao shopping. Era Felipe que me convidava e em seguida, fomos ao Centro Social Urbano (CSU) e apresentamos os cursos oferecidos pela instituição. D. Viviane recusou-se a entrar no curso. Tentamos contribuir para o resgate da mulher que havia dentro dela, incluí-la ao grupo de mulheres no CRAS, mas todas as tentativas foram em vão e ela argumentava que não tinha o desejo e não via a necessidade. Nesses encontros, constatamos questões extremamente emblemáticas e nos questionamos sobre o lugar em que o adolescente se encontrava nessa família, refletindo sobre sua história de vida e o contexto no qual ele está inserido bem como sobre o motivo de resistência e significado dessa restrita rede social na vida desses indivíduos.

No sentido de engajar, implicar e vincular os atores sociais, procuramos articular as redes afetivas dessa família, fazendo reuniões frequentes na escola, visando comprometer os professores quanto ao cuidado ao outro e a importância de um olhar sensível diante de comportamentos inusitados, bem como reunião com o pastor a fim de conhecer as atividades realizadas pela instituição, como grupo de jovens, passeios e cursos. O CRAS, como um centro de referência para esclarecimentos de assistência social e o posto de saúde que pudesse dar um suporte a essa família. O desejo maior era articular essas redes entre si, por isso, ao fazer uma reunião na escola, outras redes eram convidadas a participar e vice-versa. Entretanto os atributos de cada instituição impossibilitaram a presença física dos envolvidos, por outro lado, funcionei como um elo, passando as informações discutidas em cada reunião de modo que

uma instituição tinha conhecimento da outra como apoio social. Nesse sentido dispõe Troncoso (1996, p. 69):

Por serem fontes de apoio social, as redes sociais estão relacionadas diretamente à saúde física e mental do indivíduo. Quanto mais diversificadas as relações e quanto mais contextos abranjerem, maiores e mais variados serão os recursos psicossociais dessa rede social. Portanto, tal sujeito estará menos vulnerável frente a uma situação de crise.

Com o auxílio do pastor, conseguimos intervir junto à mãe do adolescente e sensibiliza – lá sobre a necessidade dos adolescentes estarem em contato com outras pessoas, assim, com muita luta, dia após dia de tentativa de inseri-los mais próximos da comunidade, D. Viviane permite que os dois filhos fizessem um curso profissionalizante em marketing. Essa experiência foi muito rica e excitante para os adolescentes, os quais viviam praticamente em cárcere privado.

Assim, em diversos momentos seja na rua, no shopping, no CRAS, em visita à escola ou à igreja, íamos pontuando e refletindo diversas questões de estar e viver no mundo. Tivemos alguns avanços: antes o que era insuportável para D. Viviane, hoje já é aceito e permitido.

SUSCITANDO SUJEITOS

Essa atenção domiciliar proporcionou uma maior autonomia dos sujeitos envolvidos, dentro das possibilidades existentes, oferecendo dispositivos para a sua socialização e formação de maiores vínculos. Merhy e Feuerwerker (2008, p. 186) expõe que:

[...] a atenção domiciliar se configura como uma modalidade substitutiva de organização da atenção, como dispositivo para a produção de cuidados que efetivamente não são produzidos

dentro do hospital, do ambulatório ou da instituição, ela se configura como um terreno do trabalho vivo em ato, possibilitando a produção e a invenção de práticas cuidadoras.

Foi nesse sentido que gerenciamos as relações com o usuário, negociando com familiares e agentes da comunidade, ampliando sua rede social e de apoio, de modo a oferecer um maior poder contratual na sociedade.

O caso de Felipe (re)afirma que a atenção domiciliar se constitui como um arranjo terapêutico revelador de promoção e cuidado à saúde. Esse cuidado exige, a partir da atenção as demandas do usuário em seu domicílio, um novo acolhimento sobre questões que emergem – novas construções de vínculos, articulação com a comunidade e dispositivos do território, maior disponibilidade e compromisso ético do profissional.

A atenção domiciliar vem como uma ferramenta para a articulação dos dispositivos do território, vislumbrando uma clínica artesanal, como diz Lanceti (2006), construída com criatividade partindo das necessidades dos usuários, fazendo uso dos dispositivos do território, uma clínica aberta, que permita os fluxos entremuros, dentro e também, muito mais até, fora da instituição. Essa ferramenta questiona a prática tradicional, na medida em que traz resultados de um fazer amplo, articulador e eficaz.

Esse arranjo terapêutico exige uma conduta que vá além do consultório e atendimentos padronizados e todos os dispositivos alienados pela institucionalização. Exige profissionais envolvidos com o processo de mudança da atenção, que se disponha a acompanhar o sujeito na circulação pela cidade na tentativa de acender juntos novas possibilidades de existências. No caso descrito, ficou evidente que essa circulação teve consequências não só na vida do usuário, como da família e da comunidade. E essas consequências certamente farão emergir novas questões no sistema familiar.

A atenção domiciliar é um instrumento relativamente novo na saúde mental, o qual exige um novo olhar dos profissionais do campo. Para isso,

faz-se necessário novas pesquisas e discussões a acerca do tema para constituir uma base teórica que respalde a prática que já vem sendo utilizada por profissionais inovadores.

Por fim, não poderia deixar de revelar que conhecer e acompanhar esse adolescente em seu território, para além dos muros institucionais e distante do tratamento convencional e conhecido para mim, foi muito desafiador e emocionante. As situações e espaços de circulação eram sempre imprevistos e exigiam uma resposta, às vezes, imediata e sempre criativa. Para estar neste lugar foi preciso me re-construir cotidianamente, não apenas enquanto profissional, mas também enquanto ser humano. Pois, as pessoas estão no mundo e é aí que nós, profissionais da saúde mental, precisamos estar com elas.

Referências

ABRAHÃO, A. L.; LAGRANGE, V. Visita domiciliar como uma estratégia da assistência no domicílio. In: MOROSINI, M.; CORBO, A. (Org.). *Modelos de atenção e a saúde da família*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2007.

BELO HORIZONTE. (Prefeitura). *Consulta pública do código de saúde de Belo Horizonte*. Belo Horizonte: Secretaria Municipal de Saúde, 2006. Disponível em: <<http://www.pbh.gov.br/smsa/consultapublica/index.php>>. Acesso em: 4 mar. 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. *HumanizaSUS: Política Nacional de Humanização: a humanização como eixo norteador das práticas de atenção e gestão em todas as instâncias do SUS*. Brasília: Ministério da saúde, 2004. (Textos Básicos). Disponível em: <http://bvsm.sau.gov.br/bvs/publicacoes/humanizasus_2004.pdf>. Acesso em: 4 mar. 2014.

DALPIZOL, A. et al. Programa de abordagem interdisciplinar no tratamento do transtorno de personalidade borderline: relato da experiência no

ambulatório Melanie Klein do Hospital Psiquiátrico São Pedro. *Rev. Psiquiatr.*, Rio Grande do Sul, v. 25, suplemento 1, p. 45-51, abr. 2003. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rprs/v25s1/a06v25s1.pdf>>. Acesso em: 4 mar. 2014.

FEUERWERKER, L.; MERHY, E. A contribuição da atenção domiciliar para a configuração de redes substitutivas de saúde: desinstitucionalização e transformação de práticas. *Rev. Panam. Salud. Publica*, Washington, v. 24, n. 3, p. 180-188, set., 2008. Disponível em: <<http://www.scielosp.org/pdf/rpssp/v24n3/a04v24n3.pdf>>. Acesso em: 4 mar. 2014.

GEERTZ, C. Do ponto de vista dos nativos: a natureza do entendimento antropológico. In: GEERTZ, C. *O saber local: novos ensaios em antropologia interpretativa*. Petrópolis: Vozes, 1997. p. 85-107.

LANCETTI, A. *A clínica peripatética*. São Paulo: Hucitec, 2006.

MERHY, E. E. *Saúde: cartografia do trabalho vivo*. São Paulo: Hucitec, 2002.

MOREIRA, A.; GUIMARÃES, M.; HORA, A. P. Atenção domiciliar: uma tecnologia de cuidado em saúde mental. *In-tensa. Ex-tensa*, Salvador, v. 1, n. 1, 2007. Disponível em: <[http://picica.dominiotemporario.com/intensaextensa\(3\).pdf](http://picica.dominiotemporario.com/intensaextensa(3).pdf)>. Acesso em: 4 mar. 2014.

SILVA, M. V. *Projeto de pesquisa: transtorno mental, família e reforma psiquiátrica: dinâmicas subjetivas e tecnologias de cuidado*. Salvador: [S. I.], 2009. Disponível em: <<http://pt.scribd.com/doc/57409366/Projeto-FAPESB-ultima-revisao>>. Acesso em: 4 mar. 2014.

TENGAN, S.; MAIA, A. Psicoses funcionais na infância e adolescência. *J. Pediatr.*, Rio de Janeiro, v. 80, n. 2, (2 Supl.), p. S3-S10, 2004. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/jped/v80n2s0/v80n2Sa02.pdf>> Acesso em: 4 mar. 2014.

TRONCOSO, M.; SEPÚLVEDA, R. Redes sociales, salud mental y esquizofrenia: una revisión del tema. *Rev. Psiquiatr.*, Santiago, v. 12, n. 2, p. 67-73, jul./dez., 1996.

Romper a incabível prisão

abrindo cárceres com cuidado

Priscila Coimbra Rocha

Itatyane Nascimento

Renata Maria de Oliveira Costa

CUIDADO... CUIDAR...

Cuidar é mais do que um ato; é uma atitude. Portanto, abrange mais que um momento de atenção, de zelo e de desvelo.

Representa uma atitude de ocupação, preocupação, de responsabilização e de envolvimento afetivo com o outro

(BOFF, 1999, p. 33).

Cuidado esse que, na perspectiva de Alves e Guljor (2005), se baseia em premissas fundadoras. A primeira é a da liberdade em negação ao isolamento, a segunda é da integralidade em negação à seleção e a terceira é a do enfrentamento do problema e do risco social em contraposição ao modelo nosológico.

A liberdade trabalhando no respeito às diferenças, implicando que este cuidado exige investir na capacidade do sujeito em operar suas próprias escolhas, seu potencial de estabelecer suas

próprias normatizações pautadas em sua história e forma singularizada. A integralidade percebendo o sujeito em sofrimento com necessidades que atravessam diversos campos, onde o olhar é deslocado da doença para o conjunto de fatores que envolvem seu “andar na vida”. E o enfrentamento do problema e do risco social permitindo uma visão mais ampliada do sujeito, considerando a rede onde este se insere. (ALVES; GULJOR, 2005, p. 227-8)

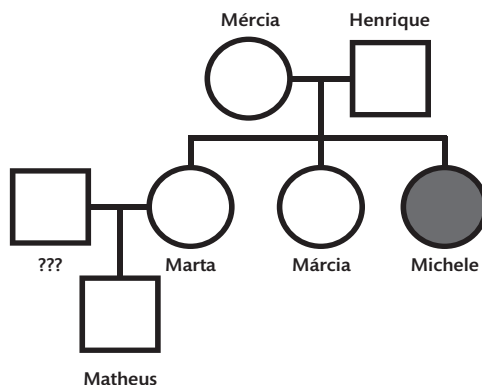
Cuidar esse, objeto de nossa reflexão, fruto do trabalho realizado com uma adolescente – Michele – em situação de grande vulnerabilidade social e intenso sofrimento psíquico, atendida em um Centro de Atenção Psicossocial da Infância e Adolescência (CAPSia) no município de Salvador-BA, no período de agosto a dezembro de 2008, orientado pela liberdade, integralidade e enfrentamento das questões sociais.

CONTEXTUALIZANDO O CASO: apresentando Michele e sua família¹

Michele à época do referido trabalho tinha 17 anos, morava com a mãe, Mércia, duas irmãs mais velhas: Marta, 23 anos e Márcia, 18 anos, e um sobrinho, Matheus, 3 anos, filho de Marta. Nunca via o pai, Henrique, desde que este saiu de casa, há 2 anos.

1 Todos os nomes são fictícios.

Figura 1 – Família de Michel



Fonte: elaboração dos autores.

A família residia em uma pequena casa de dois quartos em um bairro da periferia de Salvador-BA, num “alto”, cujo acesso só é possível através de uma longa e íngreme escadaria. Nesta casa Michele vivia em situação de cárcere privado.² Os dois quartos possuíam grades, sendo que o de Michele permanecia a maior parte do tempo fechado.

As relações familiares eram permeadas por muitos conflitos. Segundo Mércia, quando Henrique residia com a família, a convivência era mais “complicada e sofrida”, principalmente, porque este não aceitava Michele, e também porque ele era violento. Mércia certa vez frisou a seguinte frase de Henrique ao sair de casa: “essa não foi à filha que pedi a Deus.”

Outra relação fragilizada era a de Márcia com Michele. Elas não se relacionavam bem; Márcia dizia já ter sofrido muito com e por Michele; é importante destacar que a diferença de idade entre as duas é de um ano somente. Matheus também mostrou, no início do trabalho, grande desinteresse pela tia, nem se comunicava com ela, porém o interesse do sobrinho pela tia foi se alterando ao longo do processo, bem como aproximações foram sendo construídas entre Michele e Márcia.

2 Sequestro e cárcere privado são regulados pelo artigo 148 do Código Penal. (BRASIL, 1998) Fundamentalmente, a legislação protege a liberdade de ir e vir.

Nesse contexto familiar, cabe destacar o relacionamento entre Mércia e Michele. A mãe assume um papel central na vida da filha que depende da mãe para alimentação, comunicação e estabelecer relação com as pessoas. A rede social de Michele é bastante restrita à família, tendo a mãe como o laço mais forte.

A principal renda da família advinha do Benefício de Prestação Continuada (BPC), que Michele recebia. A família também era beneficiária do Programa Bolsa Família. À época deste trabalho, Marta, irmã mais velha, estava trabalhando e recebia aproximadamente um salário mínimo.

Compreendendo sistemicamente essa família

Para uma melhor e adequada leitura dessa família fizemos uso do pensamento sistêmico,³ pois este nos possibilitou um “olhar mais abrangente e complexo que atravessa as interconexões entre o biológico, o social e o ambiental.” (MINAYO, 2006, p. 138) Fizemos uso mais precisamente de um postulado que diz “um sistema é um todo integrado cujas propriedades não podem ser reduzidas às propriedades das partes [...] e os acontecimentos implicam mais que decisões das partes individualmente.” (MINAYO, 2012, p. 93)

Foi a complexidade e o contexto do caso – as condições de vida e relacionais de Michele – que chamou-nos a planejar seu cuidado, fazendo uso do pensamento sistêmico, buscando construir uma clínica voltada para a família, com um olhar complexo sobre Michele, mas que também considerasse como um todo sua família e sua comunidade. A nós nos parecia claro que não poderíamos cuidar de Michele sem cuidar também de sua família, e um cuidado que compreendesse essas relações de

3 O pensamento sistêmico apresenta formas alternativas de tratar os objetos de investigação, a vida, o mundo, as práticas sociais e, sobretudo, as implicações do observador com seu objeto de pesquisa. Na perspectiva sistêmica, o observador perde sua pretensa condição de neutralidade, uma vez que não está isolado do fato observado. (MINAYO, 2006)

forma interativa, como essas relações operam sobre o modo de estar-no-mundo de Michele.

Para a construção desse cuidado, que se propõe libertário e integral, fez-se necessário construir formas alternativas de tratar, quer com a vida, com o mundo, com as práticas sociais. E o pensamento sistêmico apresenta e possibilita tais formas.

Nesse sentido recorreu-se a Minayo (2006), que nos esclarece três dimensões epistemológicas para diferenciar as teorias tradicionais do paradigma sistêmico: primeiro a idéia de simplicidade dos fenômenos é substituída pela noção de complexidade; segundo a noção de estabilidade e de regularidade é contraposta à noção de instabilidade do mundo dos seres vivos; e terceiro a crença da objetividade dá lugar à noção de intersubjetividade na constituição da realidade e de sua compreensão.

Contando histórias de vida: um pouco mais sobre Michele

Segundo relato da mãe, quando Michele tinha dois anos ela começou a perceber diferenças em relação às outras crianças: Michele começou a andar aos nove meses, e teve dificuldades na aquisição da linguagem, que foi tardia, falou papa, mama, com mais de dois anos.

Michele frequentou a escola com três anos, por menos de um ano, porém segundo a genitora a professora acabou “contraindicando” o estar dela naquele espaço. Na escola ela não fazia o reconhecimento de cores e formas, não falava, brincava com seus excrementos fisiológicos, era “grudada na mãe.” Com cinco anos, Mércia refere uma “parada” no desenvolvimento de Michele, pois até então não “contrastava tanto das demais.”

Michele foi acompanhada por psicóloga e neurologista entre os três e cinco anos em uma clínica pediátrica particular. Deste período, há relatório da psicóloga que diz que “houve evolução na sua interação com o outro, pois se encontrava totalmente fusionada à figura materna e descreve como mais grave na usuária a não aquisição da linguagem.”

O neurologista à época relatou eletroencefalografia (EEG) anormal, focal em dois pontos, no hemisfério direito; prescreveu tegretol e neuleptil.

Com aproximadamente seis anos Michele foi encaminhada a um ambulatório infantil de um Hospital Especializado em Psiquiatria – ambulatório este que posteriormente transformou-se em CAPSia, onde ela é atualmente assistida. À época recebeu diagnóstico de autismo infantil da psiquiatra, que fez a seguinte observação em seu prontuário: “durante a entrevista a cliente mostrou-se inquieta, agitada, rasga o calendário. Genitora refere-se ao histórico de doença mental na família (tio e avô). Diagnóstico: CID F.84.”⁴

Aos 10 anos, ainda no ambulatório infantil, consta no seu prontuário: “paciente portadora de autismo severo”. “Quadro atual: muita mania, pega nos órgãos genitais. Está se desenvolvendo muito. Já está se autoestimulando, às vezes querendo ficar nua.”

Contextualizando o cárcere

A família mudou de casa quando Michele tinha 13 anos e estava adentrando a adolescência. Mércia relata que “quando me mudei pra essa casa minha filha piorou, pois a casa é pequena, e Mimi não tem espaço para circular.” Relata também que “com o tempo não conseguia realizar as coisas de casa porque Mimi interferia.” Foi um período complexo, um período do ápice do adolescer em que ocorreram modificações rápidas e importantes no corpo. Sobre esse período Mércia relata que Mimi começou, aos 12 anos, a se masturbar e que neste período iniciou-se uma inquietação psicomotora intensa. Foi sob estas condições e nesse contexto que Mércia e Henrique decidiram “trancar” Michele no quarto, quando ela tinha 14 anos. Segundo Bastos e Deslandes (2009), “este é um período que os pais sofrem maior sobrecarga física e emocional para cuidar do filho.”

4 O código F84 corresponde aos transtornos globais do desenvolvimento (autismo, etc.).

Sobre o quarto-cárcere de Michele, este é pequeno, como toda a casa: tem uma pequena janela gradeada que dá para a rua – de onde Michele observa o mundo lá fora –, tem uma cama de cimento e é todo revestido de azulejo branco, possui ainda um ralo para escoar a água quando a mãe lava o quarto. A porta do quarto é uma grade, que ficava grande parte do tempo trancada com cadeado.

Em agosto de 2008, quando intensificamos o acompanhamento de Michele no território, ela saía do quarto apenas no momento do banho, e para isso a casa inteira mudava a dinâmica, preparando um “novo *setting*” para recebê-la. Toda a comida (cozida, crua...), aparelhos eletrônicos, produtos de limpeza eram guardados em outro quarto. No entanto, Mércia relata que a situação na casa já havia sido pior quando o pai ainda residia na casa, pois Michele ficava muito nervosa com a presença dele, “gritava muito, batia nas grades, se jogava no chão, não dormia bem.” Mércia também relata que se sentia presa em casa, não podia sair por causa de Michele, e esse aprisionamento era mais presente na época em que Henrique residia com elas, pois ela tinha medo de sair e ele abusar/violentar a filha.

Abrindo cárceres

Foi no final de 2007, já ocorrida a transformação, em 2004, do antigo ambulatório infantil em CAPSia, que o caso de Michele ganhou outros contornos e passou a ser discutido em reunião técnica, momento em que algumas intervenções pontuais foram iniciadas na tentativa de oferecer outras possibilidades de intervenção, não apenas consultas médicas como vinham ocorrendo anteriormente. Naquela época, a equipe do CAPSIA propôs-se a organizar o acompanhamento dos casos em mini-equipes, e o caso de Michele veio à tona; a partir do estudo do prontuário e discussão em miniequipe e conseqüente predisposição por um dos técnicos em assumir a referencia técnica, surge então a proposta do cuidado intensivo que começa a ser esboçado.

À época, já em 2008, Michele mantinha o diagnóstico de autismo e retardo mental moderado (CID F84 + F71),⁵ apresentava dificuldade de interação social, desorganização da fala – não verbaliza –, desorganização do comportamento, dependência de outra pessoa para realizar atividades da vida diária, como alimentar-se e vestir-se, autoestimulação com frequência, não inserção em alguns significantes da cultura, por exemplo, mostra grande dificuldade em vestir as roupas, movimentos estereotipados, entre outros.

Diante da gravidade e da complexidade da situação de Michele, não havia, pelo técnico de referência, que iniciou o acompanhamento, outra possibilidade que não fosse intervenção no território, em lócus. E apesar da resistência de alguns profissionais da mini-equipe quanto a esta intervenção, a mesma foi sustentada pela técnica de referência e por uma residente que se dispôs a acompanhar o caso, no primeiro semestre de 2008. Sobre este fato é importante dizer que sem esta parceria inicial não haveria possibilidade de sustentar a proposta, haja vista que para a equipe daquele serviço a proposta de intervenção fora do espaço do CAPSIA era algo novo e não correspondia à realidade do serviço, com ações territoriais ainda bem tímidas. Foi no acesso à vida cotidiana de Michele que pudemos observar vários aspectos que estão intimamente ligados ao cárcere.

A história da vida de Michele, das possibilidades de tratamento ofertadas até então, mostrava-nos que diante de tais circunstâncias, naquele momento o cuidado só era possível no território. Ainda que com toda complexidade, do serviço em sair de seu lócus e de Michele e de sua família encontrarem-se em cárcere, com relações muito fragilizadas e adoecidas, esta era a possibilidade de cuidado. Cuidar de Michele e sua família no território, acompanhando-as terapêuticamente, dentro de suas possibilidades e limitações, a partir de sua realidade.

5 O código F71 corresponde ao retardo mental moderado.

Cabe aqui destacar que entendemos por território, sobretudo, “o lugar social onde tecemos nossas referências de vida, onde dominamos os códigos segundo os quais montamos nossa rede de relações sociais.” (AMARANTE, 2003, p. 63) E ainda segundo Amarante e Giovanella (1998, p. 145) “[...] pois é nele que se estabelecem as relações entre as pessoas, com os objetos, com a cultura, página Se conseguir ótimo caso contrário ficará sem a página revelando-se num espaço dinâmico e com grande capacidade de operar transformações tanto nas instituições quanto na comunidade.” E foi nesta perspectiva que íamos observando a reprodução da vida, da subjetividade nas relações daquela família. (AMARANTE; GIOVANELLA, 1998)

Estratégia para intervenção: o projeto terapêutico

No segundo semestre de 2008, seu Projeto Terapêutico Individual (PTI) no CAPSia contemplava atendimento em grupo no Espaço de Convivência e atendimento individual com fonoaudióloga e psicopedagoga, ambos na instituição, e incluía também acompanhamento terapêutico, semanalmente. Porém, devido às questões explicitadas no parágrafo anterior, somadas às dificuldades de locomoção, Michele não comparecia com regularidade ao tratamento no CAPSia. O PTI de Michele também englobava cuidar da família, na perspectiva sistêmica, para que esta pudesse cuidar de Michele no sentido de melhorar a qualidade de vida de todos.

O PTI de Michele também foi agenciado junto ao Ministério Público (MP), Promotoria da Infância e Adolescência, para tratar das questões jurídicas e de cidadania, como a situação de privação da liberdade e desresponsabilização do pai no cuidado com a filha, pois sequer pensão alimentícia ele fornecia às filhas. Durante o semestre foram realizados contatos telefônicos e visitas institucionais ao MP, bem como uma visita domiciliar conjunta, com o MP, à Michele.

Intensificando o cuidado: aposta no acompanhamento terapêutico

O Acompanhamento Terapêutico (AT) constitui-se como um dispositivo da reforma psiquiátrica que busca intervir na vida de pessoas com o intuito de retomar o movimento e a circulação social. (PITTIA, 2004, apud AZEVEDO; DIMENSTEIN 2008) O AT tem como *setting* terapêutico a rua, configurando-se assim uma clínica em movimento (PALOMBINI, 2004), que propõe que tal modalidade possa contribuir para a convergência entre experiência social de tempo e espaço. Também são *setting* terapêuticos do AT o cotidiano e o ambiente natural do acompanhado, o que o incita a atuar também junto às famílias auxiliando-as no cuidado e na convivência entre seus membros. (PALOMBINI, 2004)

Nesse sentido, entende-se que o AT pode servir como modelo de identificação no que diz respeito ao manejo do usuário, demonstrando (à família) condutas mais adequadas que facilitem a melhora do quadro do mesmo Fiorati (2006) e Rosa (2003) citados por Azevedo e Dimenstein (2008). Nesse sentido merece destaque o reconhecimento de que há uma sobrecarga que não está sendo tratada, da qual poucos se ocupam: a desinstitucionalização chama as famílias a participar, mas não cria mecanismos que ajudem a aliviar a sobrecarga, por isso é primordial estratégias que incluam a família. (CAMPOS E SOARES, 2005, apud AZEVEDO; DIMENSTEIN 2008) Nesse sentido, foi proposto e proporcionado à Michele acompanhamento terapêutico que englobasse cuidado também à família, cuidado este não como fim, mas como dispositivo que gerasse cuidado – a si e ao outro.

São 11 as funções do AT, descritas por Barreto (1998, apud NUNES et al., 2007, p. 102), com as quais trabalhamos junto à Michele e sua família, sobre as quais exemplificaremos algumas situações, a posteriore. As funções são:

1. *holding*, função de amparo, apoio, sustentação, estar junto com, fornecendo à pessoa a experiência de continuidade, constância;

2. continência, envolve a compreensão de situação angustiantes por um outro significativo e discriminação desta, de modo que se possa, através da imaginação, transformar as experiências do sujeito;
3. apresentação do objeto, possibilitar a vivência de uma experiência completa em que o sujeito se interessa por um objeto, ouse usá-lo e, por fim, possa separar-se dele;
4. *handling*, função de manipulação corporal e contato com as necessidades corporais;
5. desilusão, capacidade de discriminação entre a realidade subjetiva e a realidade compartilhada;
6. interdição, associada à função paterna, ao terceiro objeto que interfere na relação simbiótica mão-bêbe, só é enriquecedora se o sujeito tiver vivenciado anteriormente a experiência de satisfação;
7. interlocução dos desejos e angústias, não se trata de interpretar o paciente, mas sim de atentar para suas questões psíquicas relacionadas aos desejos e necessidades que são expressas por preocupações, angústias, dúvidas, através de conversas cotidianas;
8. discriminação de campos semânticos, apreender as significações do discurso para ampliar o campo da experiência, oferecendo novos olhares, novos recortes do fenômeno;
9. função especular e emergência da função estética, ocorre a partir do encontro com o outro ou com um objeto da cultura que revela um aspecto do próprio self;
10. função de aliviar as ansiedades persecutórias, objetiva permitir que o indivíduo estabeleça uma troca enriquecedora consigo e com a vida, já que intensificadas, as angústias paralisam o mundo psíquico do sujeito e;
11. modelo de identificação, o at pode auxiliar no desenvolvimento de diversas funções psíquicas, como responsabilidade, cuidado pessoal, além de, muitas vezes, servir para resgatar algum aspecto da história do sujeito.

Acompanhante-acompanhada: uma história em doses duplas

O acesso ao cotidiano do cárcere de Mimi e toda sua família é uma situação que mobiliza e que para sustentar estas questões se fez necessário a dupla, neste caso uma terapeuta ocupacional e uma enfermeira. A entrada de ambas se deu de forma inusitada, pois a primeira resgata o caso que até então se encontrava “parado” e a segunda é chamada a acompanhá-la nas suas andanças fora do cárcere.

A singularidade destes dois profissionais neste AT chama atenção, pois é no cuidado que se centra a ação de ambas. Seja durante o acompanhamento do banho, lanche, almoço, nas tentativas de circular pela vizinhança, no acompanhamento de uma equipe de saúde na casa de Mimi, no teatro, passeios públicos que o cuidado vai sendo intensificado. A singularidade destes dois técnicos nesse caso parte da intersecção do cuidado como tecnologia básica na tentativa de possibilitar o estar no mundo seja para Mimi, como para sua família que também vive o cárcere e as várias formas de sofrimento que estão ligados a ele. Chama a atenção os pedidos de cuidado pelos demais membros da família seja por queixas de adoecimento de Márcia, seja pelo pedido de atenção de Matheus. Assim Michele e sua família foram demandando sempre outros cuidados, construídos com criatividade, disponibilidade, investimento e apostas desta dupla, construindo a clínica no território.

O acompanhamento terapêutico é um processo de criação constante, é basicamente um processo de fazer, de dar a vida. Criação a dois (e de dois), viabiliza a relação entre acompanhante e acompanhado, pois ambos só o são a partir do encontro, da história construída. História que nasce, e os cria em seus papéis. (BARBOSA, 2006)

Neste caso, uma história em doses duplas, por se tratar de encontros e caminhadas de muitos dois: acompanhante-acompanhada, acompanhante-acompanhante, acompanhada-acompanhada. Uma história que foi se tecendo, sendo criada e recriada, não somente no ato da interpretação,

mas na própria constituição da história. Sendo importante lembrar o que diz Safra citado por Barreto (1998, p. 13):

[...] a função de acompanhante terapêutico desloca-se pelos participantes da aventura. Em um momento o acompanhante é o profissional, em outro, o assim chamado acompanhado [...] Desta forma vemos acontecer o fenômeno transacional: a função não é possuída por ninguém, ela se dá ali onde possa acontecer.

Assim fala o Sancho Pança de Drummond:

Que é a loucura: ser cavaleiro andante ou segui-lo como escudeiro? De nós dois, quem o louco verdadeiro? O que, acordado, sonha doidamente? [...] Eis-me, talvez, o único maluco, e me sabendo tal, sem grão de siso, sou – que doidera – um louco de juízo. (ANDRADE, 2012, p. 74)

História de começo indefinido, pois a princípio havia somente os papéis designados – e acompanhante e acompanhada – e o horário de estar junto. O lugar, a atividade, o programa, os diálogos, tudo foi um processo de criação, em constante construção. E na construção desta história um grande desafio: abrir com cuidado, cárceres, objetivos e subjetivos.

Barbosa (2006, p. 28) fala do acompanhado como aquele que

[...] nos dias e horários combinados terá alguém ao seu lado. Alguém que o acompanhe em sua solidão e movimente sua imobilidade. [...] Vem-me a imagem de uma prisão, cujas paredes móveis, caminham com seu prisioneiro. Solidão, desespero, falta de liberdade e de contato são características comuns aos pacientes acompanhados.

Sobre o acompanhante a disponibilidade, pois o acompanhante só o é por acompanhar o acompanhado, seu papel consiste em dados dias e horários combinados, estar junto.

O AT desenvolvido com Michele foi singular, como todos devem ser. No entanto, a singeleza dessa história vem da própria indicação e opção por trabalhar com o AT, que na oferta do cuidado à Michele foi mais que uma opção somente, foi, dado o contexto, a única possibilidade de estar e cuidar, de forma integral e ampliada, dela e de sua família.

Percursos e histórias no AT

Foi interessante a forma como tudo começou. A história que agora passa a se contada é a de acompanhante-acompanhada (Priscila-Michele). Trata-se de uma acompanhante enfermeira,⁶ cuja aproximação com Michele deu-se por uma necessidade de saúde demandada por ela, que estava com problemas cutâneos: escabiose. O primeiro contato com essa história foi agenciado por Itatyane, técnica de referência de Michele, que buscava acessar os dispositivos da rede de saúde para agenciar um clínico geral, com o objetivo de avaliá-la e medicá-la, caso fosse necessário, pois cuidar do corpo era uma condição anterior para o trânsito de Michele às ruas.

Diante da dificuldade de Michele em sair de casa, adentrar e permanecer por longos períodos nos serviços de saúde, articulou-se o caso no sentido dela ser avaliada por um clínico no mesmo dia em que frequentasse o CAPSIA, no turno que não coincidissem com seu atendimento. Porém o tempo de tolerância de Michele de estar em locais fechados é pequeno, e ela não suportou ficar no serviço por dois turnos. Foi nesse contexto que se desenvolveu o primeiro acompanhamento terapêutico com ela, pois diante da insuportável possibilidade de ficar no serviço, ela saiu andando pelo bairro, e junto a ela, sua mãe e a enfermeira, literalmente na posição de acompanhante. Neste dia iniciaram-se, ainda

6 O acompanhamento terapêutico não exige uma formação acadêmica específica para seu exercício, podendo ser realizada por trabalhadores de categorias distintas, de servidores de nível médio a enfermeiros e psicólogos. (SIMÕES, 2005, FIORATI, 2006)

que de forma não planejada, as andanças; e haja subir e descer ladeiras – quem conhece a periferia de Salvador, bem entenderá o navegar, ainda que no asfalto, os mares de morros. Como Michele não fala através de palavras, seu corpo comunica e o faz com velocidade, com ansiedade. Andamos velozmente por aquelas ladeiras, ela literalmente nos puxava, nos conduzia, nos apertava a mão. Poder manipular o corpo (*handling*) de Michele, segurar sua mão, caminhar – quase correr – com ela, e em dado momento abraçá-la para contê-la, foi importante para humanizar aquela relação, para que ela simbolizasse sua relação conosco – com sua mãe e comigo. Foi importante também para Mércia, para ofertar amparo e apoio, trabalhar na função de *holding*, na dimensão de uma presença, de um estar-junto, na dimensão de uma sustentação física mesmo.

A primeira visita à residência de Michele foi à semana seguinte, realizada em parceria com Itatyane. Dessa vez, fomos acompanhadas por uma equipe de saúde da família – médica e auxiliar de enfermagem – para realizar consulta domiciliar e resolver as questões cutâneas de Michele. O agendamento para que essa visita ocorresse foi realizado junto ao Distrito Sanitário da Liberdade. Nesse dia, foi preciso trabalhar com cautela, para não invadir o espaço de Michele, para não expô-la a uma nova situação de angústia, haja vista a situação da semana anterior, onde por conta da consulta médica Michele havia saído em disparada do CAPSIA. Era preciso intermediar a consulta: as relações entre a médica, a auxiliar de enfermagem, Michele, Mércia e as técnicas do CAPSIA. Nesse sentido, trabalhamos na função de apresentação do objeto, com o objetivo de proporcionar a Mimi uma experiência não invasora, proporcionando um ambiente que respeitasse e aguardasse o ritmo dela, permitindo-a que ela fosse espontânea na aproximação com a médica e a auxiliar de enfermagem, vivenciando o que, Winnicott (apud Barreto, 1998, p. 92), chamou de lição de transformação do objeto “poder se interessar por um objeto, ousar usá-lo e, então separar-se dele.” Nesse sentido pudemos ser mediadoras da consulta, dialogando com Mércia, com a médica e com a auxiliar para que elas respeitassem e acatassem

o tempo de Mimi, e proporcionando à Mimi tempo e espaço para que ela pudesse se interessar e se aproximar daquelas pessoas que estavam ali para atendê-la.

Como dito anteriormente, realizar um AT é construir uma história, onde os únicos elementos dados são a possibilidade de acompanhar e o tempo do encontro. Nesse sentido, após os episódios de agenciamento ao cuidado com o corpo de Mimi, condição para que ela transitasse pelos espaços da cidade, saindo assim do ambiente de cárcere que sua casa representava, começamos a apostar, enfim, no seu trânsito pela cidade, na companhia não somente das técnicas do CAPSIA, mas também de sua família, como forma e possibilidade de implicar estes no cuidado com Mimi.

Assim muitos encontros se passaram, nos mais diversos cenários: Dique do Tororó, Parque de Pituáçu, Teatro da Caixa Cultural, dentre outros. E principalmente nos cenários próximos à sua casa, num terreno em frente à sua residência, no brechó de uma igreja próxima, no percurso de sua casa até o CAPSIA. Sempre trabalhando com as funções do AT, identificadas por Winicott e descritas por Barreto (1998).

É importante registrar que no início do acompanhamento a situação de cárcere na qual Michele se encontrava era tal que ela saía do quarto somente quando íamos visitá-la as sextas feiras, e nesses momentos ela mostrava muita ansiedade, vestia as roupas e só queria sair de casa. Com o passar do tempo, trabalhando com a família a necessidade de manter as portas abertas, indo com mais frequência a casa delas, em alguns momentos duas vezes na semana, acompanhando-as no percurso de casa até o serviço, e mesmo estando com elas em ambientes da cidade – como parques, teatro, praças – fomos aprendendo a estar com Michele e ela a estar conosco. No último acompanhamento realizado nesse semestre, encontramos Michele acordada, ela se comunicou conosco, nos tocou, nos cheirou a roupa e foi dormir. Foi a primeira vez que vimos Michele dormindo, e à tarde. Ela foi para seu quarto e dormiu. A incabível prisão, a nós nos parecia estar sendo rompida. O cárcere transformara-se

simbolicamente. Os momentos que, inicialmente, às sextas feiras, eram de andanças, naquele momento podiam ser também de descanso; hoje Mimi pode e também faz opção por estar em casa. O cárcere iniciava seu processo de abertura e já não era insuportável permanecer e estar naquele lugar.

CONSIDERAÇÕES, NÃO POSSÍVEIS DE SEREM FINAIS

“O compromisso mais saudável não é o que está livre de dúvidas, mas o que existe apesar delas.” (MAY, 1982, p. 18-19) E foi apesar das dúvidas que trilhamos na oferta de cuidado, com cuidado. Investindo e apostando que através do acompanhamento terapêutico e das intervenções com a família poderíamos possibilitar a abertura de cárceres, não somente o real, mas também o subjetivo, e construir com essa família outras formas de estar no mundo, tanto para Michele, quanto para Mércia, Marta, Márcia e Matheus.

No cuidado da saúde mental o desafio é o aumento de poder contratual⁷, da possibilidade de ampliar o poder de trocas sociais. Sendo assim o respeito à singularidade é premissa fundamental [...] Por fim, uma premissa de qualidade do cuidado é a incorporação permanente do papel de agenciador. É a negação do ato freqüente de encaminhar. O agenciador tem como pressuposto básico a tomada de responsabilidade e, como consequência, constitui-se como mediador das relações daquele com o mundo. (ALVES; GULJOR, 2005, p. 229)

7 Poder contratual objetiva ampliar a autonomia do usuário, sua capacidade de gerar normas, ordens para sua vida, conforme as diversas situações que enfrente. (KINOSHITA, 1996 apud GUERRA, 2004)

Fazendo uso da clínica da família e do acompanhamento terapêutico trabalhamos as questões e relações familiares, no objetivo de possibilitar a Michele aumento do seu poder contratual, ampliação do seu poder de troca, outras formas de viver, agenciar seu estar no mundo.

O papel dos técnicos na construção de uma ética na lida com a loucura é de fundamental importância e deve ser contínua. A relação com o bizarro em um serviço aberto de saúde mental deve ser regulada por uma autogestão de trabalhar com, construir junto, mitigando, assim, as relações de poder que estabelecem quem detém o saber e o poder sobre o fenômeno. Dar voz e vez ao louco em instituições que pretendem ser não-manicomiais estabelece um impasse que quebra a relação de poder. A via para solucionar esse impasse é o amor, amor que faz uma caminhada. Em determinados momentos os técnicos devem esquecer o que aprenderam para construir um novo saber e uma nova técnica. Temos que por fim a essa neutralidade científica. Ouvir a voz e o grito da loucura. (ARAÚJO, 2003)

EIS UM SONHO POSSÍVEL...

“Sonhar, mas um sonho (im)possível,
Lutar quando é fácil ceder
Vencer o inimigo invencível
Negar quando a regra é vender
Sofrer a tortura implacável
Romper a incabível prisão
Voar no limite improvável
Tocar o inacessível chão”
(DARION; LEIGH, 1975)

Referências

- ALVES, D. S.; GULJOR, A. P. O cuidado em saúde mental. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. de. *Cuidado: as fronteiras da integralidade*. 2. ed. Rio de Janeiro: IMS/UERJ, CEPESC, ABRASCO, 2005.
- AMARANTE, P. D. (Org.) *Saúde mental, políticas e instituições*. Programa de educação a distância. Volume 3. Rio de Janeiro: FIOTEC/FIOCRUZ, EAD/FIOCRUZ, 2003.
- AMARANTE, P. D.; GIOVANELLA, L. O enfoque do planejamento em saúde e saúde mental. In AMARANTE, P. D. (Org.). *Psiquiatria social e reforma psiquiátrica*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1998.
- ANDRADE, C. D. *As Impurezas do Branco*. São Paulo: Companhia das Letras, 2012.
- ARAÚJO, E. O mundo vivido de Eduardo Araujo. CONSELHO Federal de Psicologia. In: *Loucura, ética e política: escritos militantes*. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2003.
- AZEVEDO, T.; DIMENSTEIN, M. O acompanhamento terapêutico no cuidado em saúde mental. *Est Pesq Psicol*, Rio de Janeiro, v. 8, n. 3, p. 658-671, 2008. Disponível em: <<http://www.revispsi.uerj.br/v8n3/artigos/pdf/v8n3a08.pdf>>. Acesso em: 15 maio 2012.
- BARBOSA, A. C. Acompanhante-acompanhado: história de dois. In: SANTOS, Ricardo G. *Textos, texturas e tessituras no acompanhamento terapêutico*. São Paulo: Hucitec, 2006.
- BARRETO, K. B. *Ética e técnica no acompanhamento terapêutico: andanças com Dom Quixote e Sancho Pança*. São Paulo: Unimarco, 1998.
- BASTOS, O. M.; DESLANDES, S. F. Adolescer com deficiência mental: a ótica dos pais. *Ciênc Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 14, n. 1, p. 79-87, fev., 2009.
- BOFF, L. *Saber Cuidar: Ética do humano, Compaixão pela Terra*. Petrópolis: Vozes, 1999.

BRASIL. Código Penal. Decreto-Lei nº 2.848 de 07.12.1940 alterado pela Lei nº 9.777 em 26/12/1998. Disponível em: <http://www.oas.org/juridico/mla/pt/bra/pt_bra-int-text-cp.pdf>. Acesso em: 10 out. 2013.

DARION, J.; LEIGH, M. *Sonho impossível*. Interprete Chico Buarque e Ruy Guerra. In: Chico Buarque e Maria Bethânia ao vivo. [S. l.]: Phonogram, 1975. 1CD. Faixa 02.

FIORATI, R. C. Acompanhamento terapêutico: uma estratégia terapêutica em uma unidade de internação psiquiátrica. Dissertação (Mestrado). Ribeirão Preto: Universidade de São Paulo - Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, 2006.

GUERRA, A. M. C. Reabilitação psicossocial no campo da reforma psiquiátrica: uma reflexão sobre o controverso conceito e seus possíveis paradigmas. *Rev Latinoam Psicopatol Fundam*, v. 7, n. 2, p. 83-96, jun., 2004. Disponível em: <http://www.sumarios.org/sites/default/files/pdfs/61736_7080.PDF>. Acesso em: 16 maio. 2012.

MAY, R. *A coragem de criar*. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1982.

MINAYO, M. C. S. *O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde*. 9 ed. rev. São Paulo: Hucitec, 2006.

MINAYO, M. C. S. Saúde e ambiente: uma relação necessária. In: CAMPOS, G. W.; MINAYO, M. C. et al. (Orgs.). *Tratado de saúde coletiva*, p. 81-110. Editora HUCITEC, 2012.

NUNES, A. B. et al. A clínica psicossocial da psicose: aprendizagem, cuidado intensificado e reinserção social. In: SILVA, M. V. O. (Org.). *In-tensa*. *Ex-tensa: a clínica psicossocial das psicoses*. Salvador: UFBA, FFCH, p. 97-105, jul., 2007. Disponível em: <[http://picica.dominiotemporario.com/intesaextensa\(3\).pdf](http://picica.dominiotemporario.com/intesaextensa(3).pdf)>. Acesso em: 16 maio 2012.

PALOMBINI, A. L. *Acompanhamento terapêutico na rede pública: a clínica em movimento*. Porto Alegre: UFRGS, 2004.

SIMÕES, C. H. A produção científica sobre o acompanhamento terapêutico no Brasil de 1960 a 2003: Uma análise crítica. Dissertação (Mestrado). Campinas: Universidade Estadual de Campinas - Faculdade de Ciências Médicas, 2005.

A desinstitucionalização do louco infrator

o calcanhar de Aquiles da reforma psiquiátrica na Bahia?

Elielma Carvalho dos Santos

Patricia von Flach

INTRODUÇÃO

O lugar social dos loucos, considerados como sem razão, irresponsáveis e perigosos, tem sustentado a construção de um repertório de saberes e práticas para o tratamento da loucura, que mais se constituem em uma estratégia de manutenção da ordem social do que em uma maneira de se ofertar uma assistência digna à saúde desses sujeitos. Sob o estigma da periculosidade, seja em relação a si mesmo, seja no convívio social, os loucos foram e continuam sendo isolados nos hospitais psiquiátricos, tratados compulsória e violentamente, e tudo isso é feito, supostamente, em nome da proteção da sociedade. (AMARANTE, 1998)

Os loucos autores de delito, por sua vez, foram considerados duplamente perigosos, pela loucura e pelo crime, e a eles foi designado o tratamento em instituições integrantes do campo da justiça, os manicômios judiciais, que mais os custodiavam do que cuidavam da sua saúde mental.

Quando se faz referência ao processo da desconstrução social da loucura aparece uma questão muito relevante que diz respeito à construção da identidade desses sujeitos submetidos a longos períodos de internação e às relações de dominação. Para Hannah Arendt, a identidade passa pela relação de reconhecimento do outro, e é a partir dessa relação que os fatores que condicionam uma pessoa a uma determinada cultura podem ser compreendidos. Arendt (1989 p. 50) assegura:

O sentimento de não pertencer, de estar fora, costuma ser doloroso, para o indivíduo que não tem reconhecido o seu saber, a sua forma de entender o mundo, as manifestações de sua vida coletiva, torna-se essencialmente perturbador permanecer com a sua forma de expressão.

Sendo assim, as relações sociais são vitais para determinar se uma pessoa ou um grupo é visível ou invisível para os demais, visto que são os olhares do observador que inscrevem o objeto/sujeito de diferentes formas no meio sócio-cultural. Na sociedade, os dominantes impõem seu modo de perceber o mundo aos dominados, criando condições para invisibilizar o outro, ou seja, torná-lo invisível. Assim, o encontro com o louco infrator traz a possibilidade de conviver com sujeitos que são invisíveis, por não terem sua visão de mundo, seu poder e seus interesses reconhecidos.

É nesse sentido que a categoria teórica *empowerment* (FALEIROS, 2011) pode ser uma estratégia de articulação e de mudança de relações entre os diversos atores sociais no sentido de tornar visíveis os invisíveis. Para desconstruírem as relações de tutela, os sujeitos necessitam de espaços de correlação de forças que possibilitem a construção de relações de autonomia que fortaleçam seus vínculos, estimulando-os a mudar ciclos, trajetórias, potencialidades, e ocasionando a valorização da sua fala e dos seus interesses. Embora essa não seja uma tarefa fácil, ela é

extremamente necessária para tornarem visíveis à sociedade os loucos infratores e legitimar outras formas de convívio entre eles e a sociedade.

Este texto tem por objetivo refletir sobre a desinstitucionalização do louco infrator – considerando sua invisibilidade social – na perspectiva da assistência à saúde mental.¹ A relevância social da temática justifica-se pela escassez de trabalhos sobre o assunto e uma ausência do diálogo necessário entre os diversos campos para a sua abordagem, estando a questão geralmente restrita à área jurídica. Busca-se refletir sobre a prática do cuidado à saúde mental do louco infrator através do estudo de caso de Abraão, usuário do Centro de Atenção Psicossocial (CAPS), Adilson Sampaio em Salvador-BA e interno do Hospital de Custódia e Tratamento (HCT-BA), em processo de desinstitucionalização desde 2004. O caso foi acompanhado pela residente de serviço social e pela técnica de referência do serviço, durante o período de fevereiro a julho de 2009. Assim, a partir deste estudo, propõe-se questionar se a desinstitucionalização representa ou não o calcanhar de Aquiles da reforma psiquiátrica na Bahia.

A DESINSTITUCIONALIZAÇÃO DO LOUCO INFRATOR NA PERSPECTIVA DA ASSISTÊNCIA À SAÚDE MENTAL

No final da década de 1970, na busca por mudanças nessas relações de segregação das pessoas com transtorno mental, se iniciou no Brasil o Movimento pela Reforma Psiquiátrica, inspirado no Movimento Italiano, que defendia a construção de relações que assegurassem a cidadania e a autonomia dos sujeitos. Como consequência, no Brasil houve um redirecionamento do modelo de atenção à saúde mental, resultando na instituição de uma vasta legislação em saúde mental para garantia dos

1 Esta compõe o complexo campo da saúde coletiva.

direitos humanos das pessoas em sofrimento mental e a transformação das práticas manicomialis para ações substitutivas a esse modelo.

Essas mudanças, segundo Castro (2009), tiveram início em 1903, no período da República, quando o congresso aprovou o Decreto n. 1.132, de 22 de dezembro, que estabelecia normas para a internação dos alienados, além de proibir sua manutenção em cadeias públicas ou entre criminosos. A partir dessa lei, começou a instalação de enfermarias para atender a esse público específico e, mais tarde, criaram-se os Manicômios Judiciários.

No percurso da reforma, é indispensável citar a Lei Federal n. 10.216, de 6 de abril de 2001, o documento de maior importância no país nesse campo por regulamentar a reorientação do cuidado em saúde mental e os direitos das pessoas com transtornos mentais. Ela aborda questões como: garantia de acesso ao melhor tratamento disponível; garantia de tratamento humanizado, respeitoso, livre de abusos e realizado por meios menos invasivos; foco na recuperação, reinserção na família, na comunidade e inserção na esfera do trabalho; garantia de privacidade e sigilo sobre os casos; garantia de acesso à informação sobre a doença e o tratamento, garantia de que o tratamento seja feito preferencialmente em serviços comunitários. E recomenda que a internação só seja indicada quando os recursos extra-hospitalares se mostrarem insuficientes.

A Resolução n. 5, de 04 de maio de 2004, do Conselho Nacional de Políticas Criminais e Penitenciárias, fundamentada na referida lei, normatiza que o tratamento aos loucos considerados inimputáveis deverá ser pautado no respeito aos direitos humanos e na superação do modelo tutelar, objetivando a reinserção social deles em seu meio. Ressalta ainda que devem ser objetos de política específica para a reabilitação psicossocial assistida aqueles com longo tempo de internação em hospital de custódia e sem suporte sociofamiliar.

Além dessa legislação, há marcos históricos importantes para a consolidação da reforma psiquiátrica, como as Conferências Nacionais e Regionais de Saúde: a I Conferência Nacional de Saúde Mental, que

ocorreu em 1987; a II Conferência Nacional de Saúde Mental, em 1992; e a III Conferência Nacional de Saúde Mental, em 2002. A que mais avançou na defesa dos direitos do louco infrator, a III Conferência, traz no capítulo 5 do relatório final conteúdo específico sobre Direitos dos usuários privados da liberdade. Novamente houve discussões sobre a necessidade de se rever as questões transversais à temática como: os manicômios judiciais, o conceito de inimputabilidade, a legislação, a previdência, os direitos humanos, dentre outras, objetivando a garantia dos direitos da pessoa com transtorno mental autora de delito quanto às responsabilidades, à reinserção social e ao atendimento baseado nos princípios do SUS.

Importante destacar, porém, que o principal avanço dessa conferência foi a proposição da criação, dentro das Varas Criminais, de programas de assistência aos pacientes internos dos hospitais que possibilitassem a reinserção familiar e comunitária, o acesso ao lazer e à vida sexual, dentre outros direitos. Nessa conferência também se critica o tratamento jurisdicional ao doente mental, condenando a sua reclusão em quaisquer ambientes, a fim de assegurar-lhe os direitos. Por sua vez, a X Conferência Nacional de Direitos Humanos, em 2006, compõe a Carta de Brasília (2006), a qual recomenda que os loucos autores de delitos considerados inimputáveis tenham o direito de ser tratados em hospitais gerais e serviços substitutivos.

As discussões travadas nessas conferências apresentam elementos da representação social do louco infrator que provocam debates e polêmicas que perpassam os diversos campos dos direitos, da assistência à saúde, da justiça, da proteção social, entre outros. Nesse sentido, esses loucos autores de delito, considerados irresponsáveis e muito perigosos para o convívio social foram isolados no Manicômio Judiciário, estabelecimento que deveria tratá-los e custodiá-los, sob a justificativa da necessidade de defesa social desse sujeito perigoso a si e a sociedade. Deve-se lembrar que essa justificativa, por sua vez, marca a existência do manicômio, o que explica o dizer segundo o qual o manicômio tem

originalmente uma natureza ambígua, pois nasce como o lugar de tratar e de punir esses sujeitos, conforme Corrêa (2007).

A noção de periculosidade e inimputabilidade é o principal determinante da entrada e permanência do sujeito no manicômio, cujo nome foi modificado para Hospital de Custódia e Tratamento (HCT). Nesses termos, o julgamento não acontece a partir do ato do indivíduo, que é inimputável, o que se julga é a subjetividade do sujeito, não avaliando o ato que comete, mas o perigo presumido que representa para a sociedade. (CORRÊA, 2007)

Para a Psiquiatria Forense, o conceito de inimputabilidade se relaciona à existência ou não de sanidade mental e à incapacidade de entender um ato como ilícito, daquele que “[...] no momento do ato, por questões como retardo e/ou outras patologias mentais, não foi capaz de julgar seu ato como ilícito.” (MIRABETE, 2004, p. 51) Nesses casos, elimina-se a culpabilidade e o louco é absolvido, porém, submetido à medida de segurança social.

No discurso jurídico-social, a medida de segurança objetiva minimizar a reincidência dos atos infracionais, oferecendo à sociedade uma nova forma de reingresso da pessoa com transtorno mental infratora. Na teoria, funcionaria como uma forma de proteção à sociedade e como método de tentativa de cura. Mas, na prática, essa sentença sela o destino para o exílio perpétuo dos internos nos hospitais de custódia. (CASTRO, 2009)

A partir do momento que fica declarada a inimputabilidade de um indivíduo infrator, ele é obrigado a cumprir a medida de segurança, que se estende por um período entre um e três anos, sem previsão de liberdade ou alta, ficando restrito o cumprimento da medida em instituições psiquiátricas judiciárias ou manicômios judiciários, e estabelecido que ele poderá voltar ao convívio após receber a cessação da periculosidade, ainda de acordo com Castro (2009).

Por sua vez, a cessação da periculosidade exige a realização de exames e atestados médicos que garantam que esse sujeito está apto a viver em

sociedade. Na prática, os peritos raramente liberam esses atestados, uma vez que eles “[...] em geral, têm medo de atestar esta cessação.” (CORRÊA, 2007, p. 70) Importante destacar que, pelo atual Código penal brasileiro, para a extinção da medida de segurança do louco infrator exige-se esse exame, que deve ser realizado por dois psiquiatras designados pela autoridade judicial.

As violações na aplicabilidade das leis representam, além do desrespeito aos direitos humanos, a falência das relações sociais estabelecidas com o louco infrator, na qual a própria lei expressa uma inconsistência no cuidado para com ele. Para enfrentar essa realidade, alguns estados criaram os programas de ressocialização, a saber: o Programa de Atenção Integral ao Paciente Judiciário Portador de Sofrimento Mental Infrator (PAI-PJ), o Programa de Atenção Integral ao Louco Infrator (PAI-LI), e o Projeto de ressocialização com pacientes masculinos com transtornos psiquiátricos jurídicos. (CASTRO, 2009)

O PAI-PJ, implantado em março de 2000, foi o primeiro programa estruturado para assistir aos infratores com suspeita de insanidade mental ou que já estejam cumprindo as chamadas medidas de segurança. Nasceu da parceria entre o Tribunal de Justiça do Estado de Minas Gerais (TJMG) e o Centro Universitário Newton Paiva, de acordo com a Portaria Conjunta n. 25/2001 da Presidência do Tribunal e da Corregedoria-Geral de Justiça do Estado de Minas Gerais, que institui e regulamenta o Programa de Atenção Integral ao Paciente Judiciário. (MINAS GERAIS, 2001)

O PAI-PJ auxilia os juízes a definir as medidas a serem adotadas, e também acompanha os pacientes visando a sua inserção social. De acordo com Barros (2001), a ferramenta mais importante desse Programa é a discussão de cada caso, a construção do caso clínico detalhadamente e o respeito ao sofrimento do homem. Em seus resultados, destaca-se a diminuição da reincidência, em torno de 2%, principalmente, em crimes como uso de drogas ou furto. Não foi registrada nenhuma reincidência em crimes graves contra pessoas, como homicídio, tentativa de homicídio ou latrocínio. (MINAS GERAIS, 2009)

Em Brasília, há o Projeto de Ressocialização com Pacientes Masculinos com Transtornos Psiquiátricos Jurídicos, iniciado em 2002, tendo como proposta inicial a reinserção social dos pacientes da Ala de Tratamento Psiquiátrico (ATP), localizado no interior de uma penitenciária feminina de Brasília. Atende usuários com diagnóstico de esquizofrenia que estiverem por mais de cinco anos reclusos e com grave problemática psicossocial. Entretanto, apesar de existir desde 2002, o programa não está regulamentado juridicamente até o momento. (CASTRO, 2009)

A reorientação do modelo de atenção ao louco infrator localiza-se, justamente, na consolidação do SUS. Para isso, é necessário que se esclareça a responsabilidade sanitária dos gestores e das equipes de saúde em cada território, o que resultaria na efetivação e transparência do encargo sanitário. Essa seria a única garantia para uma adequada gestão do acesso à rede de saúde para qualquer cidadão, seja ele egresso de Hospital de Custódia e Tratamento (HCT) ou não. (BIONDI; FIALHO; KOLKER, 2003)

Nas comunidades organizadas segundo a lógica da responsabilidade compartilhada, onde existam CAPS e o Programa Saúde da Família (PSF), esses serviços são os responsáveis pela atenção integral à saúde mental da população, devendo conhecer os problemas do território, incluindo os usuários em situação de maior vulnerabilidade. Portanto, os dispositivos necessários para a atenção aos loucos infratores na própria comunidade já existem, bastando que seja garantida sua implementação. Porém, a questão que se impõe é: como está a acessibilidade da pessoa com transtorno mental infratora aos serviços de saúde mental de sua comunidade?

É possível constatar que há uma dificuldade de acesso à rede do SUS para grande parte dos internos dos HCTs, sendo que a maioria recebe apenas assistência descontínua, em geral durante internações em hospitais psiquiátricos. É necessário acrescentar que essa precária acessibilidade tem provocado o retorno de egressos ao HCT e o exílio, como acontece na maioria das vezes. Além da insuficiência do quantitativo

de CAPS, de Serviço de Residência Terapêutica (SRT), de PSF, os serviços resistem acolher pacientes egressos do HCT. Essa realidade reflete a negligência dos Gestores de Saúde que não reconhecem a questão do louco infrator como problema de saúde pública, e as suas dificuldades de acesso à rede como um problema de gestão. (BIONDI; FIALHO; KOLKER, 2003)

Dessa maneira, a desassistência do sistema de saúde aos loucos infratores torna-os mais expostos a situações de adoecimento mental e, em casos de excesso de demanda nos serviços substitutivos, devem ser adotados critérios de risco para assegurar o acesso, que deve ser visto como uma prioridade justificada pela situação de vulnerabilidade. A intenção é desconstruir a ideia de periculosidade desses sujeitos, pois mais perigosa é essa desassistência a que estão submetidos, a exemplo do caso apresentado a seguir.

O CASO DE ABRAÃO

Abraão² tem 48 anos, é negro, separado (foi casado por duas vezes e teve três filhos), adepto da Igreja Assembleia de Deus e, atualmente, interno do HCT-BA.³ Ele é o filho mais velho entre os seis tidos pelos seus pais, sendo que eles também tiveram outros filhos separadamente. Em relação ao convívio familiar, Abraão diz que sempre foi muito querido pelos pais, principalmente pela sua mãe.

Aos 23 anos, em 1980, Abraão passou no concurso público para Recruta da Polícia Militar, iniciando uma carreira promissora e ocupando

2 Nome fictício.

3 Segundo Corrêa (2007) na Bahia o Manicômio Judiciário é criado pela Lei n. 2.070, de 23 de maio de 1928, sendo denominado de Hospital de Custódia e Tratamento (HCT-BA). Atualmente, tem 156 internos, “Destes, 02 contam com alvará de soltura, 10 possuem cartas de desinternação, 27 possuem laudo, 55 cumprem medida de segurança, 33 aguardam laudo, 06 possuem registro de problema social e 23 estão em tratamento.” (OLIVEIRA, 2009, p. 47)

postos mais altos. Em 1983, entrou para o Batalhão de Elite da Polícia Militar e, em 1985, deserdou da Polícia Militar (PM) porque, segundo relata, “*a voz de Deus ordenou que saísse.*” Depois de sua saída da PM, e da separação da segunda companheira, ele iniciou uma trajetória de várias internações nos hospitais psiquiátricos.

A sua primeira internação no HCT-BA foi em 1997, sob a acusação de agressão à mãe. Depois de cumprido a medida de segurança, ele recebeu a concessão da alta, saindo no dia 13/08/1998 e, conforme declarações de alguns profissionais desse hospital, não continuou seu tratamento.

Após menos de um mês de sua saída do HCT-BA, no dia 08/09/1998, em um momento de crise, com alucinações e delírios de conteúdo religioso, Abraão matou a mãe, ato previsto como crime no art. 121 do Código Penal. Mais uma vez realizou o exame de sanidade mental e teve sua vida exposta em vários jornais e na televisão, tendo sido reinternado no HCT-BA em 17/07/1999, onde deveria cumprir até 2004 a medida de segurança social. Foi a partir desse acontecimento que os seus familiares romperam completamente os vínculos com ele.

Quando Abraão relembrou o dia do ato infracional ficou muito emocionado. Contou que na ocasião havia pensado estar ouvindo a voz de Deus, que testava a sua fé, e que, embora a houvesse questionado, resolveu obedecê-la. Tal qual à história Bíblica em que Abraão, obedecendo a Deus, leva o seu filho, Isaque, para sacrificá-lo, mas Deus o impede, dizendo-lhe que estava a testar sua fé.

Em 16/06/2004, Abraão recebeu “laudo favorável a desinternação, saída por estabilização do quadro psicótico” (trecho do prontuário do HCT-BA). Todavia, até o ano de 2009 continua interno do HCT. Em 2006, foi encaminhado pelo HCT-BA ao CAPS Adilson Sampaio para que os dois órgãos pudessem articular conjuntamente o processo de desinstitucionalização, tendo sido apresentado o seguinte relatório na ocasião, datado de 30/01/06:

[...], atualmente a situação jurídica determina alta do paciente, encontra-se com a carta de desinternação. [...] Ansiedade relacionada com a alta. [...] revela autonomia para as Atividades da Vida Diária, não demonstra vulnerabilidade de ser maltratado, mantém bom relacionamento com outros internos e com a equipe do Hospital. Revela grande motivação para alta, demonstra significativa autonomia nas tomadas de decisão.

No CAPS, durante o período de acompanhamento, Abraão se mostrava ansioso, muito educado e dócil, e disposto a ajudar os técnicos, ficando por muitas vezes pelos cantos, sem interagir com as pessoas. Também se notava que, quando falava com as pessoas, ele costumava não olhá-las nos olhos, principalmente se se tratasse dos técnicos, exceto ao perguntar: “quando vou sair?”.

Pode-se dizer que as ações direcionadas para a sua desinstitucionalização foram iniciadas efetivamente em 2009, com a aproximação da técnica que o acompanha nesse hospital com a técnica do CAPS e com a residente do Instituto de Saúde Coletiva (ISC).

As intervenções efetivadas enfocaram as relações dele consigo mesmo, com sua família, com os usuários, com os técnicos, com as instituições e a defesa do seu direito a alta. As mais importantes foram: a discussão do caso com a técnica de referência, com a equipe do CAPS, com o próprio Abraão e com o HCT-BA, objetivando a articulação das ações; a inserção do usuário na modalidade intensiva, solicitando ao HCT-BA que ele frequentasse o serviço diariamente, como estratégia de aproximá-lo dos usuários, da equipe e do território, possibilitando-lhe também a ampliação de sua rede social; a garantia da escuta em atendimento individual (com a residente e posteriormente com a psicóloga), já que demandava um espaço de valorização de sua fala que pudesse acolher seu intenso sofrimento para ressignificar o ato infracional; as discussões sobre a periculosidade de Abraão, na equipe e com os usuários; e, por último, a desconstrução de sua trajetória de vida, buscando a afirmação desse

sujeito e de sua autonomia, e o respeito à sua cidadania e às suas habilidades pessoais (ele compõe músicas, escreve poemas...).

A partir dessas demandas, realizou-se: visitas ao HCT-BA; utilização da escrita como recurso para expressão de seus sentimentos; participação de Abraão na Mesa Redonda na Semana da Luta Antimanicomial; discussão no serviço com a temática do louco infrator com a mediação da advogada Ludmila Corrêa;⁴ busca do contato com a família; circulação no CAPS do filme “A casa dos mortos” trazido pelo usuário.

As dificuldades encontradas referem-se aos medos relatados pelos profissionais que o acompanhavam e pelos familiares, aos discursos contraditórios dos dois serviços que envolvem o imaginário coletivo da periculosidade de Abraão: “o que me preocupa é se ele fizer outro delito [...] as drogas [...] as dívidas [...]” era o que se ouvia de um profissional que o acompanhava no HCT-BA. No CAPS, também era recorrente as referências ao medo que ele suscitava: “...Z tem medo dele”, e mais de uma vez se escutou “talvez a equipe não apoie sua alta.” Todavia, essa periculosidade presumida não deveria impedir a saída dele do HCT nem de sujeitos com histórias similares.

Em termos organizacionais, foi difícil a comunicação entre os serviços, principalmente porque ela demandava encontros para o manejo adequado da alta pelas duas instituições, pois em vários momentos a desorganização dos serviços causaram angústia e sofrimento que fragilizaram o usuário, que aguardava ansiosamente a sua saída do HCT-BA.

As relações de Abraão têm se restringindo ao universo do CAPS, aos usuários e profissionais que, a partir do investimento na atenção intensiva, têm se tornando mais tolerantes e próximos a ele. Sendo que os usuários, desde o filme “A casa dos mortos” e a presença de Ludmila Correia, estão mais sensibilizados com a sua história. O contato com a família, por outro lado, somente foi conseguido a partir de novembro na

4 Ludmila Correia é mestre em Ciências Jurídicas pela Universidade Federal da Paraíba, João Pessoa.

continuação do acompanhamento do usuário pela técnica de referência e outra residente, obtendo-se aproximação com filhos e a ex-mulher.

O projeto de vida de Abraão é concluir o ensino médio para entrar na Faculdade de música, dedicar-se mais à Igreja, rever seus direitos na PM (eu sugiro, inclusive, uma investigação mais profunda sobre seus direitos trabalhistas, já que essas informações não ficam claras nos relatos). Diariamente, ele tem produzido muitas poesias e músicas que falam de Deus, de perdão, de conflitos. Atualmente, aguarda uma vaga para ir morar na Residência Terapêutica (RT), pois as equipes, embora ele expressasse o desejo de morar sozinho, ficaram receosas com essa alternativa e concordaram que seu perfil se mostrava mais conveniente para habitar em uma RT.

A ATENÇÃO AO LOUCO INFRATOR NA REALIDADE DA BAHIA

Mesmo considerando o doloroso encontro entre a loucura e o crime, a intenção deste trabalho não é desresponsabilizar esse sujeito de suas ações, mas ressignificá-las, destrinchando a imensa teia de discriminação, institucionalização e exclusão social a qual foi exposto sob a justificativa de ser perigoso.

Nesse sentido, sabendo-se que a assistência à saúde no Estado da Bahia constitui-se enquanto uma rede frágil que não compartilha ações, decisões e responsabilidades sanitárias, pergunta-se: como está sendo prestada a assistência à saúde da pessoa com transtorno mental infratora nos serviços de saúde mental?

No caso de Abraão, existe apenas uma instituição da área de saúde mental envolvida, o CAPS, e outra da área da justiça que lhe oferta um tratamento. Todavia, após a sua primeira internação, não ficou estabelecido de quem era a responsabilidade sanitária sobre a continuidade

do cuidado, nem foram oferecidos recursos que poderiam ser acessados por ele e por sua família no momento da crise, assim como quaisquer referências de cuidado que ele pudesse usar no seu território.

Sendo assim, pode-se indagar: quem teria a responsabilidade de acompanhar o seu tratamento na comunidade, ou ainda, a quem deveria ser imputado o dever de prestar assistência aos sujeitos em situação de maior vulnerabilidade social? Outra reflexão importante referente ao assunto engloba as pactuações realizadas entre o HCT-BA e a rede de saúde e de proteção social.

Assim, o modelo asilar-carcerário que funda o HCT-BA se mostra inadequado no tratamento ofertado ao usuário, visto que há a reincidência não apenas do ato infracional, mas da sua entrada nesse hospital pelo agravamento do seu sofrimento psíquico, o que sinaliza para a probabilidade de esse cuidado custodiado não ter sido o melhor para possibilitar a Abraão uma organização psíquica.

É válido retomar os estudos de Biondi, Fialho e Kolker (2003) que dizem ser a desassistência mais perigosa do que a loucura para pensar sobre o caso de Abraão. Ele, ao sair do HCT-BA, necessitava de uma assistência continuada à saúde, tendo em vista não a sua periculosidade, mas a sua vulnerabilidade, e deveria ter sido considerado como prioridade do gestor sanitário do seu território. A articulação dessa responsabilidade representaria o compartilhamento de informações, ações e decisões entre os serviços da rede para a assistência orientada pela política de saúde mental.

Nesse contexto, a noção de periculosidade é o principal elemento de sustentação das longas internações, e a declaração de inimputabilidade reafirma esse estigma, ao atestar a irresponsabilidade permanente da pessoa em todos os momentos de sua vida, julgando-a incapaz de controlar suas ações, o que representaria um risco à sociedade.

Abraão, ao ser declarado inimputável, recebeu o rótulo de irresponsável, de perigoso, de criminoso, e, por último, de louco. Mas, então, onde está o sujeito nessa história toda? Aí se impõe uma das grandes

questões sobre a relação entre o estigma da periculosidade presumida, a invisibilidade social e a desinstitucionalização: propor encontrar os sujeitos e não os seus rótulos.

Há que se pensar como Abraão, exposto a quase duas décadas de internação, imerso psicicamente em um intenso sofrimento pelo sentimento de culpa pela morte de sua mãe, muito mais do que pela loucura, percebia a si próprio, apresentado e re-presentado a tantos estigmas. Segundo Arendt (1989), esta experiência de estar fora de um grupo é muito dolorosa.

A reinternação de Abraão aconteceu em 1999 e, é importante lembrar, apenas dois anos depois, em 2001, aprovou-se a Lei n. 10.216 que reconfigura o cuidado em saúde mental em todo o país, instituindo outras formas de cuidado que busquem preservar os vínculos familiares e comunitários dos loucos. No entanto, apesar da lei e das modificações propostas por ela, a situação dos internos dos hospitais de custódia até hoje não se alterou significativamente, a exemplo de Abraão que em 16/06/2004 recebeu “laudo favorável a desinternação, saída por estabilização do quadro psicótico”, todavia, até o ano de 2009 continua interno do HCT. Além disso, somente quase três anos depois de ter recebido alta, o CAPS foi acionado para cuidar do caso de Abraão. Esse fato sinaliza para um descumprimento da própria lei

Nesse serviço, a situação de vulnerabilidade social do usuário provocou sua inclusão na modalidade de atenção intensiva, ocorrendo várias reformulações do seu PTI como estratégia de se buscar a efetivação da alta e ressignificar a difícil experiência do encontro entre a loucura e o crime. Aliás, isso se refere à ideia de priorizar a atenção aos mais vulneráveis, solicitando que profissionais de saúde reflitam sobre o seu fazer clínico.

Esse cuidado orientado pela atenção psicossocial buscou mediar a difícil relação familiar, o compromisso com a construção do projeto de vida, a garantia da cidadania e da autonomia. A utilização do *empowerment* foi fundamental na busca de estratégias de valorização das experiências

e dos saberes sempre no sentido da superação das relações de opressão e discriminação a que o usuário estava submetido.

Foi garantido a Abraão que participasse ativamente do seu processo de desinstitucionalização, por se compreender que, quanto mais implicado estivesse em seu projeto terapêutico, menos vulnerável à possibilidade de reincidência e mais protegido contra ela ele estaria, já que seria convocado a investir no processo de construção de sua nova existência, seguindo a tese defendida por Biondi, Fialho e Kolker (2003).

As principais dificuldades desse acompanhamento referiram-se primeiramente a necessidade contínua da pactuação de informações e ações entre o HCT-BA e o CAPS, pois a desorganização deles afetava o usuário. Retoma-se a questão da cogestão, das atuações intersetoriais, que se refere à fragilidade da organização da rede de serviços de saúde na Bahia, tão necessária para atuar na complexidade da loucura, que exige a convocação da rede em toda sua amplitude social, cultural, econômica, política, pois tornar esses sujeitos visíveis requer (e significa) uma transformação da representação social da loucura.

Outra grande dificuldade encontrada no caso relatado deveu-se à representação social da periculosidade de Abraão. Essa representação muitas vezes paralisou os profissionais, chegando a fazê-los recuar na defesa da sua desinstitucionalização. Essa representação, por sua vez, teve origem na informação que circulava entre os profissionais do serviço segundo a qual a primeira internação do usuário havia ocorrido por ele ter matado a avó. Todavia, após observar com cuidado os prontuários do HCT-BA e da discussão do caso com técnicos desse hospital, essa informação foi descartada, sendo considerada falsa.

A hipótese de o usuário morar sozinho foi sendo ignorada, pois se defendia que para isso Abraão necessitaria de uma pessoa “responsável” por ele, mas a família recusava-se ao convívio. Também se percebeu que a alta do usuário é condicionada à necessidade de ter um responsável, principalmente a família, que assuma o cuidado. A ideia da periculosidade presumida aparece sutilmente aqui. E vale indagar nesse

momento, quando a família assume o cuidado, qual é o papel dos serviços de saúde?

Nas discussões com as instituições, acordou-se que Abraão teria o perfil para morar na RT, pois não acreditavam que pudesse residir sozinho por não estar apto a realizar as Atividades da Vida Diária (AVDs). Isso contradisse o próprio relatório do HCT-BA, já transcrito anteriormente.

Apesar de considerar a importância da RT para mediar às relações de Abraão fora do hospital, entende-se que a saída de uma instituição para outra se configura como desospitalização, pois mesmo que a RT seja mais flexível que o HCT, é outra instituição na qual, por muitas vezes, os moradores vêm residindo permanentemente. Então, quando Abraão vai deixar de ser tutelado pelas instituições e efetivamente desinstitucionalizado?

A priori entende-se que a efetiva reinserção social de Abraão passa pela necessidade de adequação da medida de segurança ao objetivo de cuidado ao portador de transtorno mental infrator estabelecido em lei, para se regulamentar e diminuir as longas internações a que os loucos autores de delito são submetidos, mesmo após conseguirem o tão difícil atestado de cessação de periculosidade. Há que se questionar essas relações de poder que invalidam os direitos e interesses dos loucos infratores e os tornam invisíveis.

No entanto, as dificuldades enfrentadas por Abraão não invalidam as conquistas conseguidas no cotidiano desse cuidado, demonstrando que esse caso é pioneiro na luta pela visibilidade social do louco infrator e do seu processo de desinstitucionalização. Por isso, há que se afirmar que o principal resultado da análise desse caso foi constatar que Abraão vem se tornando visível a cada dia, para os profissionais, os usuários, para o movimento da Luta Antimanicomial e até para a sociedade.

E O CALCANHAR DE AQUILES?

Na mitologia grega, Aquiles era um belo guerreiro, considerado invencível, cuja única fraqueza era o calcanhar que, atingido, lhe trouxe a morte. Ao fazer uma analogia entre a reforma psiquiátrica e a narrativa sobre o mito grego, pretendo assinalar que, assim como ocorre com o herói grego do mito, a reforma psiquiátrica também possui alguns pontos frágeis, como a atenção ao louco infrator, que devem ser mais bem considerados. Além disso, ao fazer essa analogia, me refiro ao que é belo, pois, de todas as formas de relações propostas para a assistência ao louco infrator, a sugerida pela reforma é a mais bela e justa.

A existência de poucos trabalhos acadêmicos, a ausência desses usuários nos serviços substitutivos, a não inclusão de suas questões no cenário do Movimento da Luta Antimanicomial sinalizam para a necessidade de se dar uma maior visibilidade social ao assunto, sobretudo no que diz respeito ao processo de desinstitucionalização desses indivíduos.

A efetivação do processo de desinstitucionalização solicita uma mudança tanto no campo da justiça quanto no da saúde. Mudança essa que assegure, no campo jurídico, uma revisão do aparato jurídico, referentes à: inimizabilidade, medida de segurança, cessação da periculosidade do HCT-BA, de forma a adequá-lo aos direitos humanos, sociais e civis do louco infrator; e, no campo da saúde, a incorporação dessa problemática aos problemas de saúde pública, fazendo com que o cuidado à saúde mental do louco infrator se efetive, conforme o estabelecido na Lei n. 10.216.

Considerando as questões subjetivas da existência-sofrimento de Abraão, as suas responsabilidades com o próprio cuidado e com as relações que estabelece com o mundo ao seu redor, é importante salientar que sua desassistência ocorre devido ao estigma da periculosidade que lhe foi imputado, o que acaba por, de certa forma, servir de justificativa para a sua permanência no HCT-BA, embora não sirva para justificar um cuidado diferenciado na rede. Assim, a persistência dos estigmas

em pessoas com transtorno mental infratoras sustenta os desrespeitos aos seus direitos, expondo-as a situações de abuso, discriminação ou violação de direitos.

É por isso que reinscrever a problemática do louco infrator no campo da seguridade social (composto pelo tripé: assistência social, previdência social e saúde), da educação, do trabalho e renda, além da justiça, dentre outras, é o caminho para a efetivação da sua desinstitucionalização, uma vez que a vulnerabilidade social desse sujeito solicita o emprego de ações intersetoriais e de mobilização social que tratem a questão com o aprofundamento necessário.

Referências

AMARANTE, P. D. (Coord.) *Loucos pela vida: a trajetória da reforma psiquiátrica no Brasil*. 2 ed. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1998.

AMARANTE, P. D. *Saúde mental, formação e crítica*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2008.

ARENDT, H. Ideologia e terror. In: ARENDT, H. *Origens do totalitarismo*. São Paulo: Companhia das Letras, 1989. p.512-531.

ATHAYDE, C. Invisível. In: SOARES, L.; ATHAYDE, C.; E.; BILL, M. V. *Cabeça de porco*. Rio de Janeiro: Objetiva, 2005.

BAHIA. Lei n. 2.070 de 23 de maio de 1928. Cria o Manicômio Judiciário do Estado da Bahia, diretamente subordinado à Secretaria de Polícia e Segurança Pública. Salvador: *Diário Oficial do Estado da Bahia*, Estados Unidos do Brasil, sexta-feira, 25 de maio de 1928, p. 7890-7891.

BARROS, F. O. de F. PAI-PJ - Projeto de atenção interdisciplinar ao paciente judiciário. In: CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE MENTAL, 3., Brasília. Caderno de texto de apoio. Brasília: Ministério da Saúde, 2001.

Disponível em: <http://bvsm.s.saude.gov.br/bvs/publicacoes/3_conf_mental.pdf>. Acesso em: 21 maio 2012.

BRASIL. Código Penal. Colaboração de Antonio L. de Toledo Pinto, Márcia V. dos Santos Wíndt e Livia Céspedes. 39. ed. São Paulo: Saraiva 2001, 794. p.

BRASIL. Decreto n. 1.132, de 22 de dezembro de 1903. Dispõe sobre as situações e critérios para interdição de pessoas consideradas alienadas, tendo como objetivo a salvaguarda da ordem pública.

BRASIL. Lei n. 10.216, de 6 de abril de 2001. Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Leis/LEIS_2001/L10216.htm>. Acesso em: 16 maio 2012.

BRASIL. Resolução n. 5, de 04 de maio de 2004, do Conselho Nacional de Políticas Criminais e Penitenciárias, Dispõe a respeito das Diretrizes para o cumprimento das Medidas de Segurança, adequando-as à previsão contida na Lei nº 10.216 de 06 de abril de 2001.

BIONDI, E.; FIALHO, J.; KOLKER, T. *A reinserção social do portador de transtorno mental infrator: propostas para a adequação das medidas de segurança à Lei 10.216/01, 2003*. Disponível em: <https://docs.google.com/document/d/1y1RxYKBsaBfiWB7_MJ4NqBedXfjBFUNzLRqAHPki8cg/preview?pli=1>. Acesso em: 03 fev. 2014.

BOURDIEU, P. *O poder simbólico*. 3 ed. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil; 2000.

CAMPOS, G. W. S. Responsabilidade sanitária e programas vinculatórios. *Rer CONASEMS*, Brasília, v. 1, n. 7, ago. 2004 jul., Disponível em: <<http://www.conasems.org.br/files/RevistaConasemsAgosto2004.pdf>>. Acesso em: 21 maio 2012.

CARTA de Brasília. *Carta Compromisso de Defensores e Defensoras de Direitos Humanos*. Brasília: Conferência Nacional dos Direito Humanos, 2006. Disponíveis em: <<http://www2.camara.gov.br/atividade-legislativa/comissoes/comissoes-permanentes/cdhm/noticias/XConfCartBras.html>>. Acesso em: 22 maio 2012.

CARRARA, S. *Crime e loucura: o aparecimento do manicômio judiciário na passagem do século*. Rio de Janeiro: EDUERJ, 1998.

CASTRO, J. L.; CASTRO, J. L. ; VILAR, R. L. Quem são os gestores municipais de saúde no Rio Grande do Norte? Um estudo sobre o perfil 2004/2005. *Rede Observatório de Recursos Humanos em Saúde no Brasil (ObservaRH)*. Ministério da Saúde, s.d. Disponível em: <<http://www.observarh.org.br/observarh/repertorio/Indices/Pesquisas/Pesquisas.htm>>. Acesso em: 21 maio 2012.

CASTRO, R. U. *Reforma psiquiátrica e o louco infrator: novas idéias e velhas práticas*. 117 f. 2006. Dissertação. (Mestrado em Ciências Ambientais e Saúde) - Universidade Católica de Goiás, Goiânia, 2009. Disponível em: <http://tede.biblioteca.ucg.br/tde_busca/arquivo.php?codArquivo=562>. Acesso em: 21 maio 2012.

CONFERÊNCIA NACIONAL DE DIREITOS HUMANOS. 10., 2006, Brasília. Fórum de Entidades Nacionais de Direitos Humanos: Brasília, 2006.

CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE MENTAL, 1., 1987, Brasília. Relatório final. Brasília: Ministério da Saúde, 1987. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/relatorio_da_1_conferencia_de_saude_mental.pdf>. Acesso em: 16 maio 2012.

CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE MENTAL, 2., 1992, Brasília. Relatório final. Brasília: Ministério da Saúde, 1992. Disponível em: <http://bvsm.saude.gov.br/bvs/publicacoes/2conf_mental.pdf>. Acesso em: 16 maio 2012.

CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE MENTAL, 3., 2001, Brasília. Relatório final. Brasília: Ministério da Saúde, 2001. Disponível em: <http://conselho.saude.gov.br/biblioteca/Relatorios/saude_mental.pdf>. Acesso em: 22 maio 2012.

CORRÊA, L. C. *Avanços e impasses na garantia dos direitos humanos das pessoas com transtornos mentais autoras de delitos*. 174 f. 2007. Dissertação (Mestrado em Ciências Jurídicas) – Centro de Ciências Jurídicas, Universidade Federal da Paraíba, 2007. Disponível em: <http://www.ccj.ufpb.br/pos/images/prestacao_de_contas/relatorio_fundacao_carlos_chagas_2007.pdf>. Acesso em: 21 maio 2012.

DELGADO, P. G. *As razões da tutela: psiquiatria, justiça e cidadania do louco no Brasil*. Rio de Janeiro: Te Cora, 1992.

DELGADO, P. G. Reforma psiquiátrica e atendimento ao paciente infrator: o feito e o por fazer. In: SEMINÁRIO PARA A REORIENTAÇÃO DOS HOSPITAIS DE CUSTÓDIA E TRATAMENTO PSIQUIÁTRICO: relatório final. Brasília: Ministério da Saúde, 2002. Disponível em: <http://bvsm.s.saude.gov.br/bvs/publicacoes/rel_sem_reo_hosp_custodia.pdf>. Acesso em: 21 maio 2012.

FALEIROS, V. P. O que Serviço Social quer dizer. *Serv. Soc. Soc.*, São Paulo, n. 108, p. 748-761, out./dez. 2011. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/ssoc/n108/a10n108.pdf>>. Acesso em: 4 outubro 2012

FOUCAULT, M. *História da loucura*. 5 ed. Perspectiva: São Paulo, 1997.

MINAS GERAIS (Estado). Portaria-conjunta n. 25/2001b. Disponível em: <<http://www.tjmg.jus.br/institucional/at/pdf/pc00252001.PDF>>. Acesso em: 16 maio 2012.

MINAS GERAIS (Estado). *Programa de Atenção Integral ao Paciente Judiciário Portador de Sofrimento Mental Infrator (PAI-PJ)*. Belo Horizonte: Tribunal de Justiça de Minas Gerais, 2009. Disponível em: <http://www.tjmg.jus.br/corregedoria/pai_pj/cartilha_final.pdf>. Acesso em: 22 maio 2012.

MIRABETE, J. F. *Manual de direito penal*. 24. ed. São Paulo: Atlas, 2004.

OLIVEIRA, R. C. S de. *Desconstruindo o manicômio: a experiência de desinstitucionalização no Hospital de Custódia e Tratamento do Estado da Bahia*. 86 f. 2009. Dissertação (Mestrado em Políticas Sociais e Cidadania), Universidade Católica do Salvador, 2009. Disponível em: <<http://www.dominiopublico.gov.br/download/texto/cp139505.pdf>>. Acesso em: 21 maio 2012.

Terrenos educativos em uma residência multiprofissional, na Bahia-Brasil

re(orientação) da formação de profissionais
e o cuidado em saúde mental

Mônica Lima

Lívia Santos

Diego Araújo

Verdade, às vezes dói/Dói, dói, dói
Não sou biruta/Não sou
Eu vim pra cá/Por acaso
Fizeram de mim/Um relato, um caso
Que não pertence a mim
Me chamaram pra um questionário/Eu respondi tudo ao contrário
Eu sei quem eu sou
E aí eu fui saindo de mansinho/Deixei no questionário umas verdades
E fui andando e acreditando/Naquilo que contei
Ao contrário do meu prontuário/Eu não sou santo nem otário
E aí eu fui saindo de mansinho/Deixei no questionário umas verdades
Verdade, às vezes dói/Dói, dói, dói
Não sou biruta/Não sou
Verdade às vezes dói

– HARMONIA ENLOUQUECE

INTRODUÇÃO

O que faz de um terreno educativo fértil ou infértil para fomentar a educação de profissionais de saúde e superar os desafios para a reconstrução do campo de cuidado antimanicomial em saúde mental? Para tal finalidade são as residências multiprofissionais em saúde mental terrenos férteis? Sob quais circunstâncias e princípios ordenadores? Têm as residências multiprofissionais capacidade de produzir operadores transdisciplinares da ciência? Essas questões configuram as preocupações que motivaram o esforço intelectual de tomar as residências multiprofissionais como objeto de estudo. Insistir deliberadamente com tais interrogações, no mínimo, pretensiosas, é sinalizar que a sua elaboração reflete certamente um investimento intelectual e, fundamentalmente, um posicionamento político em relação ao conjunto de ideais compartilhados por aqueles que têm uma escrita crítica, comprometida com a consolidação do Sistema Único de Saúde (SUS), em seus princípios e diretrizes. Além disso, parte também do comprometimento com uma formação em saúde mental orientada por conceitos e noções construídas a partir dos movimentos sociopolítico-sanitários pela reforma psiquiátrica brasileira de inspiração basagliana em sua versão antimanicomial brasileira.¹ Neste capítulo, buscamos compartilhar alguns achados e reflexões sobre a presença de residentes em uma residência multiprofissional em saúde mental, na Bahia-Brasil,² a partir dos dados do projeto de pesquisa “Ensino em serviço e cuidado em saúde mental: um estudo etnográfico

-
- 1 A caracterização das vertentes político-teórico-metodológicas que compõem a reforma psiquiátrica brasileira pode ser encontrada em Tenório (2002).
 - 2 Segundo a Escola Estadual de Saúde Pública da Bahia (EESP-BA), entre 2006 a 2009, foram abertas dez residências, três multiprofissionais e sete por área profissional. A residência estudada faz parte desse conjunto, sendo da responsabilidade da Secretaria de Saúde do Estado da Bahia (SESAB) todas as bolsas em 2008 e do Ministério da Saúde os demais recursos, que viabilizaram sua implantação, a partir do aceite/aprovação do Ministério da Saúde da proposta enviada em 2007.

sobre uma residência multiprofissional em saúde mental, na Bahia”,³ inspirados na abordagem teórico-metodológica das práticas discursivas (SPINK, 2000) e na aproximação da escrita etnográfica de vertente antropológica interpretativa. (GEERTZ, 1973)

Tal residência,⁴ implantada em 2008, consiste na primeira turma com 15 residentes (três enfermeiros, três terapeutas ocupacionais, três psicólogos, dois assistentes sociais, que compõem a categoria de residentes clássicos na área de saúde mental; dois educadores físicos e dois cientistas sociais, os dois últimos categorizados como residentes não-clássicos na área de saúde mental).⁵ Esta categorização tem sentido a partir das falas de alguns residentes sobre o impacto da sua presença nos serviços de saúde mental e nas equipes multiprofissionais de trabalho. Mais do que isso, essa diferenciação indica aquilo que vamos denominar de ambiguidade positiva,⁶ gerada em terrenos educativos multiprofissionais

3 Esta pesquisa foi financiada pela Fundação de Apoio de Pesquisa do Estado da Bahia (FAPESB), entre 2008-2009.

4 Segundo projeto pedagógico aprovado pelo Ministério da Saúde esta residência multiprofissional tem como objetivo “capacitá-los, mediante a formação 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.” (NUNES, 2005, p. 3)

5 Nem todos entrevistados (residentes e preceptores) concordam com essa categorização de clássicos e não-clássicos, mas resolvemos mantê-la, considerando que os educadores físicos são menos frequentes em espaços de cuidado que lidam com pessoas com transtornos mentais e que vêm se inserindo com a implantação de dispositivos substitutivos de cuidados, apesar de fazerem parte da Resolução CNS n. 287/98, que dispõe sobre as 14 profissões da área de saúde. No caso do cientista social, que não é considerado profissional de saúde na referida portaria, a sua participação sempre foi ligada mais ao âmbito da pesquisa no campo da saúde mental do que na intervenção/cuidado de pessoas com transtornos mentais.

6 Considerando as acepções de ambiguidade na língua portuguesa, utilizamos esta palavra porque as expressões Residente clássico e Residente não-clássico são imprecisas e podem causar várias interpretações. A qualificamos de positiva porque o caráter impreciso e a possibilidade de interpretações nos pareceram oportunizar positivamente a revisão do que é estar profissional de saúde mental e o que deveria ser um profissional de saúde mental. Além disso, a positividade marca, que nos terrenos férteis (CAPS) esta revisão (estar e dever ser) foi possível, nos terrenos inférteis (hospital psiquiátrico) esta barreira foi intransponível.

férteis que ora tomam o clássico como aquilo que institui modelo digno de imitação ora como antigo e inveterado produzindo um modo de operar em resposta às necessidades de saúde mental. Essa ambiguidade positiva, que percebemos no cotidiano da formação em serviços substitutivos, opera uma revisão por parte dos residentes clássicos em relação aos repertórios interpretativos dos seus respectivos núcleos específicos e do campo da saúde mental. Ao mesmo tempo, os residentes não-clássicos têm a oportunidade de ampliar seus próprios núcleos específicos, tomando como referência os clássicos, inclusive para se afastarem de aspectos inadequados, considerados superados e identificados como contrariando a perspectiva antimanicomal do cuidado em saúde mental, a isto estamos denominando ambiguidade positiva. A narrativa abaixo de um residente não clássico reafirma a sua clareza de não “ter um lugar instituído” comparando com o lugar daqueles considerados clássicos, embora ressalte que as suas contribuições têm sido bem acolhidas no grupo.

Eu me sinto até de certa forma privilegiada como cientista social, embora eu não tenha um lugar instituído, um lugar tradicional na equipe, como um lugar mais confortável como um psicólogo ou um terapeuta ocupacional, assistente social, enfermeira, que já têm um lugar estabelecido no cuidado, o cientista social meio que chega agora. Mas as minhas abordagens, as minhas observações são bem acolhidas, me sinto bem acolhida no meu grupo. (R12/CISO)⁷

As reflexões sobre a implantação dessa residência foram frutos de um estudo planejado em quatro momentos de coleta de dados. No primeiro, aplicamos um questionário profissiográfico⁸ para facilitar a apro-

7 Utilizamos os seguintes códigos para diferenciar os entrevistados e evitar identificação dos mesmos (R=residente; P=preceptor; C=coordenador); número cardinal; seguido da categoria profissional (PSI=psicologia; ENF=enfermagem; TO=Terapia Ocupacional; EDF = educação física; CISO= ciências sociais; SSO= serviço social).

8 O termo profissiográfico – significa que através de um questionário estruturado levantamos dados sobre o tempo da graduação, instituto de ensino proveniente, contato com o campo

ximação com os sujeitos principais da pesquisa e ter mais precisão para construção do roteiro de entrevista, uma vez que se tratavam de cinco diferentes áreas profissionais. No segundo, foram realizadas entrevistas individuais com os 15 residentes. No terceiro, apenas uma das equipes de residentes em um dos quatro cenários de prática-aprendizagem, um Centro de Atenção Psicossocial II,⁹ foi acompanhado em suas atividades internas e externas, já que não contávamos com uma equipe de pesquisadores que viabilizasse o acompanhamento dos demais, através da observação participante e elaboração de diários de campo. No quarto, foi realizado um grupo focal com os preceptores e uma entrevista individual com a coordenação da residência.

Entendemos que as interações dos residentes com os usuários, profissionais, preceptores e entre si, nos espaços cotidianos dos cenários de prática-aprendizagem, podem ser analisados como esforços continuados de produção de sentido em processos ativos e interativos; produção de sentido que retoma conhecimentos do imaginário social e produz reinterpretações à luz das situações concretas vivenciadas, no aqui-agora. Na perspectiva da antropologia interpretativa desenvolvida por Geertz (1973; 2002), a tarefa do pesquisador, através da escrita etnográfica, tem por vocação conhecer o mundo do ponto de vista do nativo, interpretações de primeiro nível. No entanto, o autor adverte-nos de que:

o etnógrafo não percebe – principalmente não é capaz de perceber – aquilo que seus informantes percebem. O que ele percebe, e mesmo assim com bastante insegurança, é o ‘com que’, ou ‘por

da saúde mental, experiências anteriores, etc., ou seja, aspectos objetivos que nos dessem o retrato acadêmico-profissional do residente.

- 9 Segundo Portaria GM/336, (BRASIL, 2002), CAPS II – Serviço de atenção psicossocial com capacidade operacional para atendimento em municípios com população entre 70.000 e 200.000 habitantes; funcionar de 8:00 às 18:00 horas, em 02 (dois) turnos, durante os cinco dias úteis da semana, podendo comportar um terceiro turno funcionando até às 21:00 horas. No caso, daqueles que servem de cenários de aprendizagem para esta residência, funcionam até às 18 horas nos cinco dias úteis da semana.

meios de que', ou 'através de que' (ou seja lá qual for a expressão) os outros percebem. (GEERTZ, 2002, p. 89)

Buscamos, nos quatro momentos do trabalho de campo, garantir diversidade de técnicas de coleta de dados, particularmente, as sensíveis ao registro dos repertórios interpretativos, ou seja, “conjunto de termos, lugares-comuns e descrições usados em construções gramaticais estilísticas” (SPINK, 2000, p. 37) que ocorrem nos cenários de prática-aprendizagem. Nesta orientação, os sentidos que alguma coisa assume no cotidiano das pessoas é buscado “através da não-regularidade e da polissemia (diversidade) das práticas discursivas.” (SPINK, 2000, p. 44) Essa perspectiva envolve em sua análise as “maneiras a partir das quais as pessoas produzem sentidos e se posicionam em relações cotidianas.” (SPINK, 2000, p. 45) Neste particular, compartilhamos com a autora de que as práticas discursivas “remetem aos momentos de *ressignificações*, de *rupturas*, de produção de sentidos, ou seja, correspondem aos momentos ativos do uso da linguagem, nos quais convivem tanto a *ordem* como a *diversidade*.” (SPINK, 2000, p. 45, grifo do autor) Outro desdobramento da importância de destacar o posicionamento de cada um dos sujeitos da pesquisa na análise dos seus discursos diz respeito ao fato de que a “força constitutiva das práticas discursivas está em poder prover posições de pessoa: uma posição incorpora repertórios interpretativos, assim como uma localização num jogo de relações inevitavelmente permeado por relações de poder.” (SPINK, 2000, p. 56)

O registro em diário de campo e as transcrições das entrevistas possibilitaram a leitura e reflexão, a partir da identificação de categorias empíricas que se tornam analíticas, próprias da interpretação de segundo nível. Para Geertz (2002), este nível interpretativo coincide com a passagem da experiência próxima à experiência distante. O autor define experiência próxima como o uso natural e sem esforço de explicações sobre o que os semelhantes vêem, sentem, pensam e imaginam que os demais membros do grupo entenderiam facilmente; por sua vez, a experiência

distante é outra interpretação, não menos válida do que a anterior, elaborada para alcançar objetivos científicos, filosóficos ou práticos.

Por sua vez, a noção de transdisciplinaridade (ALMEIDA FILHO, 1997) mostrou-se muito significativa para a compreensão dos dados desta pesquisa, complementando a perspectiva teórico-metodológica adotada, uma vez que nos guiou como um parâmetro de avaliação da residência para a formação de profissionais de saúde anfíbios.

Este autor qualifica a saúde mental como um dos objetos complexos: “aqueles que não se subordinam a nenhuma aproximação meramente explicativa, e que nem por isso mereceriam ser excluídos do campo de visão da ciência justamente por serem[...] indisciplinados.” (ALMEIDA FILHO, 1997, p. 10) Nesta direção, a saúde mental é entendida como “o objeto complexo multifacetado, alvo de diversas miradas, fonte de múltiplos discursos, extravasando os recortes disciplinares da ciência.” (ALMEIDA FILHO, 1997, p. 11) A noção de transdisciplinaridade proposta pelo autor desloca o foco de reflexão dos campos de conhecimento (típico de algumas versões teóricas que buscam conceituar interdisciplinaridade) para os representantes dos campos, ou seja, os primeiros em circunstâncias muito restritas são capazes de, ao se articularem, produzirem um novo campo de conhecimento. Os axiomas e concepções de cada campo de conhecimento e, conseqüentemente, as perspectivas teóricas daí decorrentes fazem parte do núcleo duro, que, por definição, diferenciam um campo de conhecimento do outro.

Partimos da perspectiva pragmática apresentada, isto é, de que a análise das dinâmicas cotidianas da produção de conhecimento, sejam em grupos multidisciplinares de pesquisas, sejam em equipes de trabalho, nos aproxima da transdisciplinaridade quando fomentamos a existência de operadores transdisciplinares da ciência. Os tais operadores seriam aqueles que transitam durante a sua formação e experiência de trabalho em áreas diversas de conhecimento, desenvolvendo uma sensibilidade privilegiada para a articulação de saberes e manejo da complexidade dos fenômenos (objetos complexos), não sendo previsto necessariamente a

mudança dos campos de conhecimentos, e sim maiores possibilidades de compreensão dos objetos complexos. Além disso, este modelo teórico proposto prevê a coexistência nas equipes multiprofissionais de operadores transdisciplinares da ciência e de especialistas (com menor ou nenhuma capacidade de transitar pelos campos de conhecimento, mas nem por isso deixam de ser úteis). Nem todos os representantes de campo de conhecimento desejam ou têm pretensão de se tornarem operadores transdisciplinares da ciência, sequer essa seria uma vantagem por si só, embora o autor ressalte a necessidade de aumentarmos a presença de pesquisadores e/ou profissionais anfíbios.¹⁰

DO TER UM PERFIL PROFISSIONÁRIO À CONSTRUÇÃO DE ESTAR RESIDENTE EM SERVIÇOS DE SAÚDE

Considerando os dados obtidos com o questionário respondido pelo conjunto dos residentes, a maioria dos residentes teve contato com o campo da saúde mental ainda durante a graduação, sendo que a modalidade de estágio curricular foi a mais frequente entre as experiências, apesar de serem recorrentes a participação em atividades de extensão e atividades práticas de disciplinas. Além disso, muitos deles declararam que as experiências que favoreceram o desenvolvimento de habilidades em relação à saúde mental foram as extra-curriculares, por iniciativas pessoais e afinidade com o tema. Mais da metade dos entrevistados não

10 "A formação desses agentes será essencialmente 'anfíbia', com etapas sucessivas de treinamento-socialização-endoculturação em distintos campos científicos. Esta 'metáfora biológica' [...] é atraente para ilustrar a questão, pois os anfíbios são animais que passam parte da vida em meio biológico e parte em outro meio ambiente e que, por isso mesmo, possuem uma enorme capacidade de adaptação. Não se trata obviamente de ecletismo ou hibridação, na medida em que (para continuar com metáforas biológicas) conhecemos largamente a infertilidade dos híbridos." (ALMEIDA FILHO, 1997, p. 19)

possui outro curso de pós-graduação e a residência se caracteriza como a primeira experiência acadêmico-profissional posterior à graduação. Apenas um deles se especializou em saúde mental.

Parte dos residentes afirmou não ser orientada por uma perspectiva teórica específica embora a maioria tenha se remetido a noções conhecidas antes do seu ingresso na residência, e, principalmente, a conceitos aprendidos após ingresso, de modo espontâneo, quando relatam as estratégias de cuidado que utilizaram, em situações diversas. No que diz respeito às experiências de trabalho, mais da metade dos residentes já trabalhou em contextos tanto de serviços substitutivos de saúde mental como em hospitais psiquiátricos, ou realizando acompanhamento terapêutico de usuários da rede de saúde mental do Sistema Único de Saúde – SUS. Isto sugere que, mesmo não contando com um arcabouço teórico prévio mais aprofundado em relação a este campo, a maioria dos residentes, antes do seu ingresso na residência multiprofissional, já produzia no seu repertório atos de cuidado orientados para pessoas que apresentam sofrimento mental severo e persistente.

Nesse sentido, a passagem pela residência, além de formar determinados modos de atuação profissional, pode orientar os residentes para o fortalecimento ou a revisão de posturas prévias, considerando que alguns deles, anteriormente, já ocuparam a posição de técnicos de saúde mental. Quanto a isso, a maior parte dos residentes considera necessária uma remodelação de sua prática profissional específica para uma melhor adequação ao campo da saúde mental. Desse modo, a experiência obtida com a participação na residência é também percebida por eles como uma forma de se adequarem às exigências desse campo, adquirir habilidades técnico-científicas, mas também pessoais. Destacamos, de acordo com eles, algumas habilidades consideradas fundamentais para qualquer trabalhador em equipe multiprofissional de saúde mental, tais como: a capacidade e a disposição para negociar as ações a serem desenvolvidas nos cenários de prática, principalmente com os técnicos dos serviços nos quais estão inseridos, mas também com os próprios

residentes. O cuidado em expor perspectivas e opiniões próprias, que podem causar conflitos com a equipe técnica e com os colegas, também foi bastante valorizado como ferramenta de trabalho neste campo.

Em relação à representação que os profissionais do serviço possuem acerca dos residentes, ainda do ponto de vista dos próprios residentes, uma parte deles declarou que são vistos como estagiários. No entanto, pudemos presumir a existência de tensionamentos vinculados a esta representação. Muitos residentes afirmaram que, a depender do cenário de prática-aprendizagem e dos profissionais com que se relacionam, essa representação oscila entre profissional em formação e estudante/estagiário. Esse tensionamento muitas vezes aparece com a seguinte lógica: se existem poucos técnicos, ou se estes estão sobrecarregados para a realização de atividades nos serviços, os residentes adquirem um status de profissionais para ocuparem as lacunas laborais dos técnicos; ao passo que, em alguns momentos específicos, principalmente nos que envolvem decisões consideradas importantes para alguns serviços, são rebaixados para a posição de estagiários. Acerca disso, uma das residentes constatou que “os serviços não estão preparados para receber os residentes.” (R5/PSI)

Tal tensão interfere ainda na percepção das melhores estratégias de ensino-aprendizagem disponíveis na experiência da residência como um todo. Assim, o espaço das reuniões técnico-administrativas¹¹ não foi citado como meio de aprendizagem pelos profissionais em formação. Esses espaços têm se limitado a discussões da equipe técnica acerca do cronograma de ações, grade de atividades e problemas institucionais e a participação dos residentes é reduzida, exceto quando se trata de exposição de algum caso clínico, ou outros tipos de referência a algum usuário. Dessa forma, percebemos que os residentes, durante as reuniões técnicas observadas, não possuem o mesmo poder de decisão que

11 Estamos nos referindo às reuniões técnicas realizadas nos serviços substitutivos, que são independentes das reuniões realizadas pelos preceptores, tutores e residentes.

os profissionais do serviço e, muitas vezes, não conseguem ter espaço para expor suas sugestões acerca de questões mais amplas da dinâmica institucional, se atendo mais a casos particulares dos usuários nessas reuniões. Neste particular, destaca-se um dos papéis da preceptoria institucional¹² para a facilitação da ponte entre o residente e a equipe de profissionais do serviço.

Em relação às principais estratégias que auxiliam no manejo em saúde mental, destacam-se, de acordo com a perspectiva dos residentes, as atividades diretas com os usuários e familiares e as sessões clínicas (estudos de caso e supervisão), seguidas pelas sessões científicas (aulas e seminários), as duas últimas realizadas com os preceptores e professores na universidade. Tais estratégias auxiliam na superação de dificuldades encontradas, sobretudo na prática profissional nos serviços. As principais dificuldades se referem à natureza complexa dos transtornos mentais e à resistência e pouca receptividade por parte dos profissionais/gerentes dos serviços às propostas dos residentes. Mais uma vez a existência da preceptoria institucional é considerada pelos residentes como sendo de extrema importância para a resolução de determinadas dimensões dos desafios enfrentados cotidianamente.

Outra questão apontada pelos sujeitos como uma dificuldade relacionada à experiência de ser residente multiprofissional em saúde mental é o cumprimento da carga horária prevista no projeto da residência –

12 Não utilizamos na pesquisa o termo tutoria, as modalidades de supervisão existentes nesta residência multiprofissional foram qualificadas como preceptorias. A preceptoria institucional refere-se à tutoria, termo adotado em documentos oficiais dos Ministérios da Saúde e de Educação. A diferença entre a preceptoria institucional e as demais, que serão relatadas na última sessão deste capítulo, é que esta é realizada por um profissional de saúde (de qualquer área profissional) que compõe a equipe de trabalhadores do serviço que é cenário de prática-aprendizagem. Fazer parte da equipe possibilita uma visão do serviço e da relação entre os residentes e a própria equipe diferente dos demais preceptores. Substituímos o termo tutoria para preceptoria institucional, evitando reforçar a priori as suas acepções de defesa, proteção e de tutela - particularmente, distanciar-nos da aceção jurídica da tutela: "encargo ou autoridade legal para velar pela pessoa e pelos bens de um menor ou de um interdito; tutoria". (TUTELA, 2009)

de sessenta horas semanais.¹³ Muitos afirmam ser difícil encontrar tempo para elaborar os relatórios de avaliação exigidos – tempo este que não se encontra incluído naquelas sessenta horas – para a leitura de textos e elaboração de projetos e também para atividades sociais. Foi muito forte em muitos relatos a sensação inicial dos residentes em relação ao cansaço trazido pelas 60 horas semanais¹⁴ que deveriam ser cumpridas e o maior destaque que justificava essa sensação era associado às exigências que o cuidado em saúde mental trazia. Há uma percepção de que o trabalho em saúde mental “toma” o trabalhador-aprendiz antes, durante e depois da concretização da atividade em si, implicando contato com a dureza das condições sociais e econômicas desfavoráveis dos usuários e o esforço de cada residente, sozinho ou em equipe, que muitas vezes só se revela em pequenas conquistas. Nesta direção, alguns residentes, quando confrontados com o fato de precisarem cumprir a carga horária de sessenta horas semanais, afirmam que permanecem envolvidos com as atividades da residência por mais tempo do que essa carga horária institui, uma vez que o trabalho multiprofissional em saúde mental exige que o profissional se envolva não só durante o ato de cuidar, mas se questione o tempo todo acerca de sua prática. Diante disso, podemos supor que existem características compartilhadas pelos profissionais em formação na residência multiprofissional estudada, que são engendradas também pelo próprio programa, com o intuito de convergir com os princípios da reforma psiquiátrica brasileira. No entanto, cabe uma análise sobre os impactos desta estratégia institucional para os residentes em âmbitos técnico-científico e ético-político.

13 A Portaria Interministerial nº 506, de 24 de abril de 2008 (BRASIL, 2008) definiu a carga horária semanal para 60 (sessenta), igualando neste aspecto as residências multiprofissional e por área profissional à residência médica, justificando essa decisão na necessidade de manter isonomia entre os tipos de residências.

14 Embora, seja preciso registrar que os residentes nem sempre cumpriram 60 horas semanais, porque não havia regime de plantão nos serviços substitutivos, ou seja, tais cenários de prática-aprendizagem funcionavam de 08 as 18 horas, de segunda-feira a sexta-feira.

TERRENOS EDUCATIVOS COM ÊNFASE NO CUIDADO DO USUÁRIO E NO TERRITÓRIO: rodízio e preceptoría

Trata-se de uma residência multiprofissional em saúde mental que busca inspiração nos princípios da reforma psiquiátrica brasileira, que lida com uma rede de saúde mental desorganizada: número insuficiente de CAPS por habitante; falta de preparo dos profissionais para lidar com a crise; falta de retaguarda de outros equipamentos de saúde para auxiliar o CAPS; resistência e rejeição dos usuários em crise por parte dos equipamentos gerais de saúde (os não especializados em saúde mental); insuficiência da capacidade institucional para o atendimento de demanda por psicoterapia e de atenção à crise ou situação de emergência; desmonte regular das equipes de profissionais e das coordenações dos CAPS.¹⁵ Por outro lado, esta residência tem como particularidade ter articulado a formação em saúde mental no campo da saúde coletiva, ou seja, uma articulação que exige uma perspectiva interdisciplinar/transdisciplinar para a organização dos conteúdos programáticos (das disciplinas ministradas como psicopatologia, atenção psicossocial, saúde mental na atenção básica, redução de danos, clínica ampliada, intensificação de cuidados, psicanálise, etc.) e das práticas.

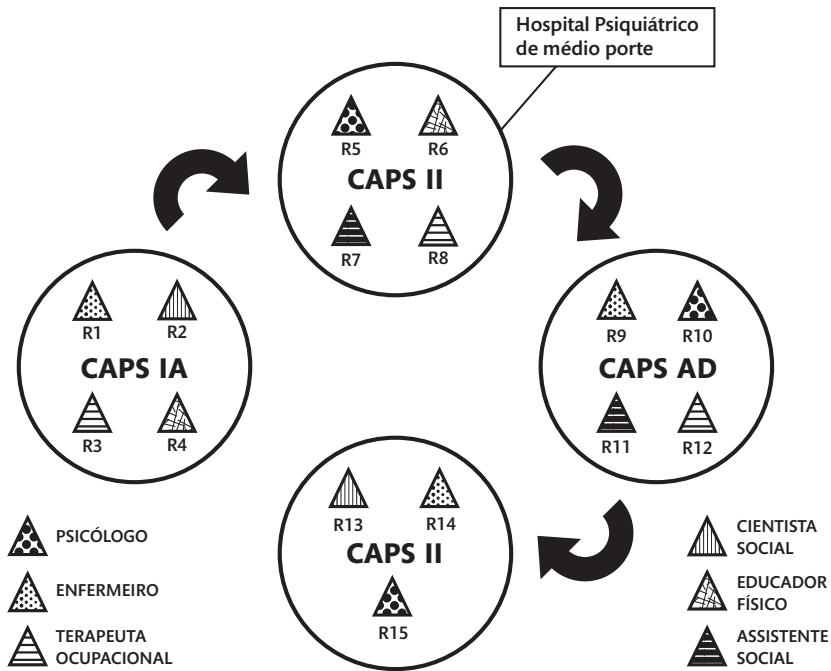
As quatro equipes multiprofissionais de residentes fazem rodízio, a cada seis meses, em quatro cenários de prática-aprendizagem da rede de saúde mental, da Bahia (Figura 1). Inicialmente, os cenários eram três Centros de Atenção Psicossocial (CAPS ad, ia e II)¹⁶ e um hospital psi-

15 A análise da situação da rede de saúde mental na Bahia pode ser acessada através dos trabalhos do grupo de pesquisa do Núcleo Interdisciplinar de Saúde Mental (ISC/UFBA), alguns estudos são retratados em capítulos desse livro.

16 No Brasil, os centros de atenção psicossocial têm por objetivo “oferecer atendimento à população de sua área de abrangência, realizando o acompanhamento clínico e a reinserção psicossocial dos usuários pelo acesso ao trabalho, ao lazer, exercício dos direitos civis e fortalecimento dos laços familiares e comunitários.” (BRASIL, 2004b^a, p. 13) As modalidades de CAPS são definidas considerando algumas dimensões: público alvo (crianças ou adultos

quiátrico de pequeno porte, que foi substituído por um CAPS II, como descrevemos em momento oportuno.

Figura 1 - Rodízio nos cenários de prática-aprendizagem



Fonte: elaboração dos autores.

As atividades desenvolvidas por cada equipe multiprofissional de residentes em quatro diferentes serviços de saúde mental têm proporcionado diversidade e riqueza, quando consideramos as especificidades de cada um dos cenários de prática-aprendizagem e seus usuários-alvos

- CAPSia e CAPS, respectivamente); tipo de problema de saúde (transtornos mentais severos e persistentes ou abuso de álcool e substâncias psicoativas, por exemplo, CAPS e CAPSad, respectivamente); definidos por ordem crescente de porte/complexidade e abrangência populacional. (BRASIL, 2002a; BRASIL, 2002b) Ressalta-se que no momento de realização dessa pesquisa inexistia CAPS III em Salvador-Bahia.

(crianças e adultos com transtornos graves e severos, com e sem abuso de álcool e outras drogas). Os residentes têm valorizado o fato de poderem ter experiência com público-alvo diferente.

Embora percebam que ora são tratados como estagiários ora como profissionais, dependendo da conveniência do profissional de saúde, de modo geral, a inserção de residentes em equipes multiprofissionais nos cenários de prática-aprendizagem tem sido bem aceita pelos técnicos e profissionais de saúde dos serviços. A aceitação também está condicionada categoria profissional de cada residente, este aspecto se remete às considerações tecidas em torno da noção de ambiguidade positiva, apresentadas nas linhas precedentes.

A PASSAGEM PELO HOSPITAL PSIQUIÁTRICO: um terreno educativo infértil

O hospital psiquiátrico foi substituído, no segundo semestre de implantação da referida residência, por um CAPS II, pela incompatibilidade das perspectivas educativas oferecidas à residência no primeiro caso, bem como a proposta de tratamento ali oferecida. No entanto, nove dos quinze residentes passaram pela experiência de formação em contexto hospitalocêntrico. Em suas narrativas é notório o desconforto e o sofrimento causados pela situação de ter que elaborar e propor ações que não fazem sentido para parte generosa dos que ali trabalhavam. Alguns episódios vivenciados pelos residentes a partir da ameaça de ampliação de leitos¹⁷ para o referido hospital na área onde há um CAPS e sua oposição

17 Apesar da política nacional de saúde mental ser contra a implantação de leitos em hospitais psiquiátricos, foi cogitado a ampliação de leitos no hospital psiquiátrico em uma das sedes da referida residência que tem como anexo um CAPS. Neste momento, a comunidade antimanicomial soteropolitana (profissionais, militantes, pesquisadores, estudantes, usuários e familiares, e os referidos residentes) organizou uma mobilização em frente ao CAPS

político-profissional repercutiram física e simbolicamente nas suas vidas, sendo descritos como os piores momentos da formação em serviço.

A gente questionava muito era a forma de lidar [...] com as pessoas que eram atendidas, usuários: contenção excessiva, medicação excessiva, desrespeito, a não validação dos discursos dos sujeitos. E aí, às vezes, a gente fazia isso mesmo, enfrentando diretamente quando a situação era muito crítica, violenta demais e acabava que se indispunha com as pessoas, com os profissionais, desde médico até auxiliar, segurança, e a própria coordenadora de uma certa forma ou outra, ou também, com a nossa própria postura, a gente tentava fazer o diferente, só que a gente incomodava muito, porque a gente tava ali, as pessoas começaram a se sentir meio que, “tão aqui olhando o que eu estou fazendo metendo o bedelho, tenho 30 anos de experiência e vocês jovens novas querendo dizer. A gente tentou algumas ações, de tentar fazer pequenas capacitações com dois auxiliares também, conseguimos dois ou três encontros com eles, depois não deu certo a gente percebeu que ninguém sabia da reforma psiquiátrica e mesmo assim, todos eram contra, e quem sabia também era contra. (R13/TO)

Neste cenário de prática-aprendizagem, mais do que nos demais, os residentes se depararam com as consequências pessoais e institucionais de irem contra determinados atos médicos e por questionarem a hierarquização dos saberes. Eles perceberam o quanto um ato profissional é um ato político, que não há neutralidade na produção de saúde. A desqualificação e os insultos pessoais que receberam a partir de um posicionamento contrário a uma parte dos profissionais (aqueles que não se opunham à ampliação de leitos) foram decisivos para a saída dos residentes desse hospital psiquiátrico.

Na emergência [nome do hospital psiquiátrico], um paciente chegar e ser amarrado. Sai da ambulância andando, tranquilamente, a mãe gritando

ressaltando a inadequação da proposta e a participação dos residentes, que estavam no hospital nesse período, causou desentendimentos sérios com alguns profissionais.

e aí vêm os técnicos de enfermagem e amarram ele [...]. Mas aí chegam, pegam, amarram e aí a gente falava: “Não, não precisa amarrar, vamos conversar, vamos sentar aqui, vamos conversar um pouco, espera aí, espera um pouquinho, a gente está conversando”. “Não tem que conversar, vocês residentes só atrapalham, e vamos amarrar”. Era uma confusão. [...] Porque é discordância de procedimento mesmo, de perspectiva. (R14/TO)

O hospital psiquiátrico, mais uma vez, mostrou-se um terreno educativo infértil para o cuidado antimanicomial e para a superação do preconceito tecnológico.¹⁸

[...] não se aceita a prática multiprofissional: “você não é médica, você é enfermeira, tome seu lugar”, sabe? “Enfermeiro não faz diagnóstico”, “o que é que você quer discutindo caso, não é essa parte que te cabe aqui dentro do hospital”. Pra mim isso era muito sofrido, porque não só no hospital psiquiátrico, mas no contexto hospitalar o enfermeiro ele não tem um[...] ele não tem clara a sua autonomia no seu fazer, nem na equipe nem de forma profissional porque tá muito atrelado ao fazer médico, e o enfermeiro no hospital psiquiátrico é o carcereiro, né? É aquele que medica pra conter quimicamente, é aquele que contém fisicamente, é aquele que estabelece que não pode, que vê regras, que vê rotina e que deve dizer “amém” ao que o médico fala; [...] E mesmo dentro do hospital psiquiátrico a gente, através dos projetos assim que a gente tentou construir, é[...] propor uma clínica psicossocial, mas até essa clínica psicossocial, que era proposta com os dispositivos dos técnicos de referência, da alta assistida, da atenção integral à crise, ou do trabalho em grupos no ambulatório, eram muito difíceis, porque eram... são tecnologias que não são validadas naquele mundo. E que também não há investimento humano, nem investimento é[...] operacional, não há investimento logístico pra que aquele serviço pudesse acontecer. Então era o tempo todo você tendo que reafirmar a sua prática, reafirmar

18 Goldberg (2001) entende o preconceito tecnológico como uma certa maneira de se realizar práticas, que cada profissional adota a partir de um repertório comportamental modelado por sua profissão, sem se preocupar com o sujeito que está sob os seus cuidados, muitas vezes blindado em um não tratar tudo o que se fizer fora deste repertório.

que você acredita numa outra clínica, reafirmar que você não acredita que a loucura deve ser tratada naquele modo, reafirmar que você acredita que é possível trabalhar de forma multidisciplinar, que não existe um saber maior, ou melhor ou mais verdadeiro, mais concreto que o outro, assim tudo dentro do hospital psiquiátrico é muito complicado. (R2/ENF)

A constatação da impossibilidade de fertilizar este cenário de prática-aprendizagem com os princípios da clínica ampliada ou psicossocial/antimanicomial tornou-se angustiante e culminou na substituição desse cenário de prática por um CAPS II (Figura 1). Esta infertilidade recobre muitas dimensões dos investimentos¹⁹ necessários – humano, operacional e logístico – ao cuidado em saúde mental, que se mostraram intransponíveis.

DESAFIOS DA PRESENÇA DE RESIDENTES NOS CAPS: maturação profissional e preconceito tecnológico

O rodízio de um serviço para outro é visto como angustiante, pela imprevisibilidade de manutenção de algumas das ações realizadas, após a saída da respectiva equipe de residentes, e por demonstrar uma quebra no momento de saída, muitas vezes, quando ainda há um sentimento de que o vínculo com os usuários acompanhados está apenas se consolidando.

19 Segundo Oliveira e Mota (2007, p. 40), a intensificação de cuidado característico da clínica psicossocial das psicoses busca “[...] promover um intenso investimento humano, cuidado como investimento humano, em prol das necessidades do sujeito que está em crise ou deste sujeito psicótico no mundo, e ver o que a gente pode fazer, através deste investimento, para produzir uma mudança em sua qualidade de vida, em sua posição no mundo, em sua liberdade [...] por intensificação de cuidados compreende-se um conjunto de procedimentos terapêuticos e sociais direcionados ao indivíduo e/ou seu grupo social mais próximo, visando o fortalecimento dos vínculos e a potencialização das redes sociais de sua relação, bem como o estabelecimento destas nos casos de desfiliação ou forte precarização dos vínculos que lhes dão sustentação na sociedade.”

Com relação a esse tempo de troca é angustiante, porque é muito pouco, muito curto para estar no serviço quando a gente tá consolidando uma coisa, um caso, tá com aquele vínculo, oficina, até quando a gente propõe uma atividade nova, sabe que tem um tempo de, sabe, dela se organizar, de deslanchar, aí quebra. Eu acho que é um exercício constante de desprendimento assim [...]. Eu acho pouco o período, seis meses[...]. (R1/PSI)

Assim, eu acho importante porque você precisa conhecer outros serviços, né? Então também não vai poder ficar seis anos, quatro anos fazendo uma residência, porque, se fosse assim, a gente ia ficar um ano em cada serviço e mesmo assim pra sair ia ser um parto, também. Mas, o que mais me preocupa nesse rodízio é a continuidade das atividades, porque têm projetos que a gente começou. Claro que as pessoas que assumem dão outra cara, dão outra metodologia, claro que é o jeito de cada um, mas que bom que ainda continua com outra cara. Mas têm projetos que não aconteceram isso e, infelizmente, não teve continuidade. (R3/EDF)

Por outro lado, esta transição é caracterizada como um exercício de desprendimento, porque há claramente a percepção da temporalidade da condição de residente, e que, de qualquer modo, eles têm clareza de que terão de sair em algum momento. Em relação a minimizar o efeito negativo do rodízio, utiliza-se a passagem de caso/ações/projetos entre as equipes de residentes, uma vez que raramente um profissional do próprio serviço aceita continuar sozinho com a tarefa criada pelo residente.

O rodízio proporciona diversidade e riqueza, porque permite aproximação com modalidades de tratamentos diferentes; o lidar com equipes diversas; com as especificidades institucionais de cada CAPS; com as diferenças do cuidado para cada um dos públicos-alvos. Por outro lado, houve ponderação de que a entrada e saída de equipes de residentes nos cenários de prática-aprendizagem têm a desvantagem de romper precocemente o vínculo com os usuários acompanhados pela respectiva equipe de residentes (ou mesmo a dupla), além de poder ocasionar

a descontinuidade dos projetos desenvolvidos durante a permanência desta equipe nos serviços.

No entanto, há uma estratégia nesta residência que visa, senão solucionar, ao menos compensar a problemática da continuidade. Ao final de cada passagem das equipes de residentes pelo serviço, há o momento de apresentação dos relatórios das experiências no campo, onde são apresentadas todas as atividades desenvolvidas ao longo do semestre, as intervenções, os projetos, os avanços, as dificuldades e os insucessos. Esse é caracterizado como um momento de passagem (entregar/confiar) do serviço à outra equipe que deverá, a partir dos pontos positivos ressaltados, tentar dar continuidade às intervenções e projetos desenvolvidos.

Merece reflexão o sentido positivo atribuído pelos residentes às experiências multiprofissionais e às exigências do cuidado em saúde mental nos CAPS, que proporcionam maturação multiprofissional e tendem a colocar em cheque o preconceito tecnológico e a hierarquização dos saberes. “Mas eu consegui fazer intervenções utilizando alguns elementos como o esporte, algumas dinâmicas de grupo, palestras sobre estilo de vida, escuta, muito escuta, dei de psicóloga, não vou mentir, dei de psicóloga bastante [...]” (R6/EDF)

Neste particular, percebem que as estratégias de cuidado não são exclusivas de uma única área profissional, e que todos precisam compartilhar de certo saber-fazer que não pode ser dado, a priori, por uma área profissional específica. Por sua vez, as práticas multiprofissionais não são aceitas por todos os profissionais de saúde, e aí podemos destacar aqueles que estão inseridos particularmente em contexto hospitalar, como demonstra mais um relato de outro residente abaixo, que tendem a diferenciar (discriminação negativa) os residentes não-clássicos, tais como, os educadores físicos e os cientistas sociais dos demais.

Então eu fui lá no [nome do hospital psiquiátrico], procurei um profissional na emergência, aí expliquei a situação a ele, uma residente, colega minha, [referindo a uma categoria de residente clássico] estava até

no momento junto e eu expliquei. Ele falou: “sem problema, pode trazer ela aqui que eu atendo, não tem problema nenhum”. Eu falei: “Então tudo bem, vou buscá-la”. Ele falou: “Você é o quê?”. Eu já tinha me apresentado como [nome de R03/EDF], mas não tinha falado mais nada. Aí eu falei novamente: “Meu nome é [nome de R03/EDF], sou educadora física e sou residente do [nome do programa]”. Ele: “Perainda?! Virou o quê?! Isso virou o que agora, uma bagunça? Daqui a pouco vai ter até residência pra administrador de empresas”. Aí minha colega falou: “Mas a residência é multiprofissional, tem várias categorias, inclusive cientista social”. “O quê?! Eu não acredito, eu não acredito que isso tá acontecendo, isso é um absurdo, é um absurdo, eu não acredito nisso” [...] Então, eu saí de lá super triste, fui correndo, voltei pro CAPS, não consegui nem mais atender essa pessoa que eu tava atendendo, que só tomei a frente pra ela poder ser atendida. Chorei muito, foi constrangedor, humilhante, sabe?! (R3/EDF)

A busca de maturação multiprofissional, almejada no ingresso dessas pessoas em residências multiprofissionais, contrapondo a insegurança profissional dos recém-formados ou daqueles que tiveram uma formação na graduação com pouca prática, coloca em suspenso a identidade profissional, dando maior positividade às interfaces entre os representantes de cada uma das profissões.

[...] o profissional na equipe multidisciplinar, ele se perde um pouco das suas especificidades, tem o cuidado, tem o sujeito. Mas, pra eu me perder das minhas especificidades é preciso primeiro reconhecê-las, “qual a minha contribuição nesse grupo?”. Eu lembro de uma entrevista num seminário de Baremlitt, ele falou que, pra atuação mais adequada, mais correta, é quando um profissional pode representar o papel do outro, ele pode ser um pouco psicólogo, o psicólogo pode ser um pouco assistente social, na medida que ele tenta[...] ele se perde da sua identidade e mergulha na do outro, no sentido do cuidado, do cuidado mais integral. Mas cuidar do outro não é algo estranho pra mim não, de verdade não é, não é[...] (R12/CISO)

E eu acho que aqui na residência dá oportunidade da gente amadurecer, da gente ter um fortalecimento teórico, fortalecer a nossa prática, a nossa visão, a nossa visão crítica do que está acontecendo. Então, a residência amplia os nossos conhecimentos, os nossos olhares, isso faz toda uma diferença, o cuidado. (R9/SSO)

Tal maturação profissional é particularmente conseguida via reorganização do trabalho no território, através das visitas domiciliares e acompanhamentos terapêuticos dos usuários, da busca em tecer a rede entre os serviços de saúde e outros setores, seja educacional seja comunitário, particularmente, por ser realizado em duplas de residentes de diferentes áreas profissionais, e, por não ser, a princípio, *setting* de intervenção exclusiva de uma das áreas profissionais envolvidas na residência. No entanto, ressaltamos que a experiência teórico-técnica dos cientistas sociais de inserção no território seja um diferencial em relação à formação dos demais residentes, pela ênfase atribuída a esta prática neste campo de conhecimento, desde a graduação.

[...] CAPS como é um serviço[...] ele é um serviço psicossocial e a abordagem da residência psicossocial é meio que um consenso, assim eu não percebo muita dificuldade entre a equipe da residência de bancar essa proposta, não tem assim, não lembro assim de dificuldade com as colegas na condução de casos. Existe a dificuldade com a equipe de técnicos do serviço, d e[...] às vezes de não validarem, não entenderem, não darem a devida importância ou, então, de não perceberem o que é esse trabalho territorial, porque ele acaba que ficando meio invisível, sabe? Quem não conhece o acompanhamento terapêutico que a gente faz a essa adolescente acha que a residente tá passeando sexta-feira à tarde, que ela nunca tá no serviço, ou então não entende a necessidade, porque a gente tem que conhecer a casa de um usuário, o contexto dele, os vizinhos, conhecer a escola, a professora pra poder propor um plano terapêutico de fato individual e singular.²⁰

20 Projeto terapêutico individual (PTI) - em variação mais recente, o termo individual foi substituído por singular para frisar que o projeto busca a singularidade (a diferença) como

Não vê essa necessidade, fica aquela visão meio manicomialista, sabe? De “tá aqui a grade de serviço que o CAPS oferece, eu tenho que pegar essa criança e jogar lá dentro das oficinas que cabem, nos horários que ela não tá na escola”. Ou seja, a dificuldade é muito mais com os técnicos do serviço.” (R2/ENF)

Mas acho que a escuta, o cuidado, o empoderamento, acho que pode ser feito, relação com a família, não sei, acho que, eu acho que têm questões que são comuns, o próprio território. O território, por exemplo, não é um espaço privi[...] não é um espaço restrito do sociólogo, é um espaço para todos, pra tá atuando com a família, tá atuando com associações, tá atuando com a igreja, pra tá buscando a inserção social, por exemplo, acho que não tem um[...] é um lugar de se perder nessa identidade. (R12/CISO)

Então, assim, estar no território tem sido uma experiência muito rica, porque o tempo todo eu fico desconstruindo esse lugar do psicólogo, que o que minha formação me dava do psicólogo de eu atuar na clínica, de eu ter aquela visão entre o usuário e o profissional, e hoje eu estava acompanhando e as pessoas perguntavam assim: “[nome da usuária], é sua filha?” (risos). Então, assim, eu andava pela rua e essa diferenciação é interessante. E quando as pessoas vêem que é um profissional, até chegam assim: “Um profissional acompanhando ela, poxa, que interessante você estar fazendo esse trabalho”. Então, assim, são casos que demandam que a gente saia dessa postura, que a gente possa estar cada vez mais junto, mesmo, do usuário, entender como é ele nas situações concretas, onde é que ele vive, que

elemento central de articulação - é um conjunto de propostas de condutas terapêuticas articuladas para o cuidado de um usuário, deve ser elaborado e avaliado periodicamente pela equipe de profissionais, em reuniões para esta finalidade, a partir do seu ingresso no CAPS, momento em que se define um dos profissionais do serviço que será o técnico de referência. O emprego dessa tecnologia no campo da saúde mental, entendida como muito adequado para humanização do cuidado em saúde, foi expandida para o conjunto dos serviços de saúde, sendo incorporada na Política Nacional de Humanização (PNH). No PHN, o Projeto Terapêutico Singular (PTS) é definido como um “conjunto de propostas de condutas terapêuticas articuladas, para um sujeito individual ou coletivo, resultado da discussão coletiva de uma equipe interdisciplinar, com apoio matricial se necessário.” (BRASIL, 2007, p. 38)

rua é essa. E quando a gente começa a entender, sentir isso, compartilhar mais com eles, eu acho até que facilita as nossas intervenções. (R5/PSI)

Esses terrenos educativos ajudam na superação do preconceito tecnológico entre os residentes, ainda que não tenham conseguido o mesmo impacto entre os técnicos e profissionais de saúde, mesmo em CAPS. O trabalho em equipe multiprofissional, nos moldes relatados pelos residentes, parece exigir de todos os residentes não-clássicos e clássicos envolvidos uma revisão de noção de clínica,²¹ que se amplia em *settings* sociais e políticos. Por sua vez, as propostas de intervenção e projetos desenvolvidos pelos residentes parecem colocar sob suspeita a organização do processo de trabalho dos profissionais dos serviços apegados a práticas exclusivamente dentro dos muros do CAPS, não há como acontecer isso sem uma dose de conflito e interrogações sobre os fazeres de profissionais e técnicos.

No entanto, a nossa prática, o nosso cuidado, demonstrou, pelo que eu pude perceber em outras leituras, é que o cuidado no setting, naquele setting CAPS, naquele setting terapêutico restrito só percebe a compreensão do sujeito de alguns aspectos, outros não são alcançados. Então o sujeito não é cuidado na sua integralidade, ele não é cuidado, muito menos nos seus aspectos relacionais, eu não estou dizendo que os aspectos psíquicos, que o empoderamento psíquico não deva ser feito, ele deve ser feito sim, mas tem o empoderamento social, o empoderamento relacional, político que falta naquele CAPS, e que o cuidado [...] e nós só podemos argumentar a partir dessa prática. (R12/CISO)

21 Segundo Brasil (2007, p. 12-13), as características fundamentais da clínica ampliada são: compromisso radical com o sujeito doente visto de modo singular; a responsabilidade sobre os usuários dos serviços de saúde; busca de ajuda em outros setores - intersetorialidade; reconhecimento dos limites dos conhecimentos dos profissionais de saúde e das tecnologias por eles empregadas e busca outros conhecimentos em diferentes setores; compromisso ético profundo.

E aí, quanto mais a gente vai buscando, revendo as nossas posturas, se a gente se coloca no lugar do profissional, a gente se distancia do usuário, a gente tem que se colocar muito pra conversar mesmo sobre as coisas, aí as coisas vão emergindo. E eu acho que dá um quadro da possibilidade de intervenção exatamente essa presença ativa, por mais que eu esteja ali com ela como uma vizinha, mas é uma vizinha dela. Então, quando eu observo as questões, busco questionar ela, ver qual é o lugar, pra que ela também se tornar [...] então eu acho que é esse o diferente que se faz, então não é o setting, eu acho que uma das contribuições que tem me dado muito é isso, não é o setting clássico da aplicação para uma intervenção, mas sim a nossa presença. Cada vez mais é a nossa presença aqui que faz com que tenham infinitas possibilidades pra gente fazer as intervenções nos usuários. E é muito mais rico e, também, às vezes, é mais complexo. (R5/PSI)

As atividades desenvolvidas pelos residentes em dupla e/ou em equipe multiprofissional parecem favorecer que as tecnologias leves sejam a marca da ação, e não exclusivamente, as tecnologias leve-duras.²²

Eu acho que a estratégia assim é você tá disponível, sabe, se colocar mesmo disponível ao que vem, ao que surge, né, tá aberta! Porque muitas vezes a gente acaba sendo surpreendida, então nunca tá pensando antes, o quê que

22 Merhy (1999) descreve três tipos de tecnologias que se apresentam na organização do trabalho em saúde: tecnologia dura, reflete o conjunto das intervenções assistenciais que contam com instrumentos específicos (no caso da saúde mental, das tomografias, ressonâncias magnéticas, contenção química, etc.); leve-dura, alicerçada pelos vários saberes profissionais estruturados (clínicas psiquiátrica, psicológica, da enfermagem, do serviço social, etc): “leve ao ser um saber que as pessoas adquiriram e está inscrito na sua forma de pensar os casos de saúde e na maneira de organizar uma atuação sobre eles, mas é dura na medida em que é um saber-fazer bem estruturado, bem organizado, bem protocolado, normalizável e normalizado” (p. 307); tecnologia leve se remete ao processo de relações inerente a qualquer encontro entre usuário e profissional, pelo seu caráter relacional, que anuncia certa forma de agir entre os sujeitos, implicados com a produção de saúde. Sobressaem as tecnologias leves quando se “opera um jogo de expectativas e produções, criando-se intersubjetivamente alguns momentos interessantes como momentos de falas, escutas e interpretações.” (p. 308)

vai acontecer e tal, sempre tá buscando mesmo esse encontro com o usuário, porque só a partir daí que vai, que vão surgir as idéias do que fazer, de como lidar, como manejar as situações.” (R4/PSI)

A descrição acima, de um dos residentes sobre a sua estratégia de abordar o usuário, de estar disponível para o imprevisto, mostra-se ilustrativa da aposta do uso das tecnologias leves na produção de saúde, ou seja, no trabalho vivo, que pode ocorrer no encontro entre usuário e o profissional. Os projetos, as oficinas, os acompanhamentos terapêuticos, as visitas domiciliares e, de modo geral, a apropriação que os residentes têm feito do território de cada um dos CAPS ao qual se vincularam é o diferencial da reorganização do processo de trabalho, que é muito orientado por conceitos e princípios do campo da saúde mental e, não exclusivamente, dos seus núcleos específicos. Esta característica responde à articulação da referida residência com os campos da saúde mental e da saúde coletiva:

E o mais interessante que esse grupo acontece no Centro Social Urbano, que é um lugar lindo assim, do território. Por isso que eu falo, não vejo o porquê desse CAPS, por mais que ele, é pequeno, tem três salas, parece um ambulatório, mas isso não é motivo pra equipe utilizar isso pra não fazer uma ação social e um trabalho profissional. Porque tem muita gente aqui que se apega nisso e não sai dessa mini-sala nem a pau! E a gente tá aqui há dois meses e faz todo um trabalho que todo CAPS faz, sem se apegar a essas salinhas, né, que vocês viram. (R3/EDF)

Esta reorganização do processo de trabalho multiprofissional através de atividades extramuros, aqui entendidas como ações terapêuticas, podem aumentar o Poder contratual²³ de cada sujeito/usuário, sendo

23 A noção de poder contratual considera que “no universo social, as relações de trocas são realizadas a partir de um valor previamente atribuído para cada um indivíduo dentro do campo social, como pré-condição para qualquer processo de intercâmbio.” (KINOSHITA, 2001, p.55) No caso de usuários com transtornos graves e persistentes, este poder está

função daqueles que cuidam restituir o poder contratual, partir do empréstimo do seu próprio poder como técnico/profissional de saúde mental para aumentar o dos usuários que acompanham.

Nesta direção, há visivelmente nessa residência a aposta de que o território seja um terreno educativo fértil para o aprimoramento de cuidado antimanicomial em saúde mental. Esse tipo de atividade extra-CAPS traz uma ampliação das possibilidades de entender o usuário e de intervenção. Na medida em que o usuário se apresenta fora de suas relações institucionais (deixará de ser um usuário, um caso clínico, com diagnóstico tal, referência de tal técnico, que se comporta de tal forma dentro do serviço etc.), inserindo-se na rede de relações complexas na qual ele vive (familiares, vizinhos, sua comunidade), portanto na vida.

Um outro aspecto muito ressaltado pelos residentes nas suas experiências multiprofissionais no cuidado em saúde mental, é que eles têm adquirido uma capacidade de negociação para lidar com a hierarquia, sutil ou estarrecedora, apresentada por alguns profissionais, e tolerância e diálogo em situações conflitivas, pouco imaginadas anteriormente, como habilidades tão significativas para a sua atuação.²⁴ Mesmo que,

visivelmente comprometido e as ações de saúde devem suplantar essa dimensão da problemática da loucura na sociedade. Neste sentido restituir o poder contratual dos usuários tem que ser uma das finalidades do cuidado ético em saúde mental, a restituição do poder contratual deve redimensionar a troca de bens, a troca de mensagens e a troca de afetos, uma vez que o objetivo de ações de cuidados em saúde mental é restituir o poder contratual dos usuários. (KINOSHITA, 2001; SARACENO, 2001)

- 24 Paim e Almeida Filho (2000, p. 91) destacam as seguintes habilidades e competências a serem promovidas na formação de sujeitos dinamizadores, capazes de criar modos de cuidado diferentes, que respeitem a heterogeneidade cultural e a riqueza subjetiva dos usuários, dentro de um quadro sanitário marcado pela desigualdade social, tais como: capacidade de análise do contexto em relação às práticas que realizam; compreensão da organização e gestão do processo de trabalho em saúde; exercício de um agir comunicativo ao lado do pensamento estratégico; advocacy ou habilidade para proceder denúncia de situações e convencimento de interlocutores; tolerância e diálogo em situações conflitivas; atenção a problemas e necessidades de saúde; senso crítico quanto à efetividade e ética das intervenções propostas ou realizadas.

em alguns momentos, quando da necessidade de garantir o cuidado de um usuário, essa capacidade de negociação tenha de ser transfigurada numa atitude mais incisiva, de enfrentamento direto das colocações ou sugestões de profissionais experientes. Por exemplo, uma situação em que uma usuária que está em crise e alguns profissionais tentam contê-la para que ela seja levada ao hospital psiquiátrico, e uma residente toma a frente, indispondo-se com um profissional do serviço, na tentativa de acolher a usuária no próprio CAPS e impedir que ela seja amarrada e internada em um hospital.

[...] Aliás, eu sou muita ousada, que as meninas [residentes] diziam, quando eu vejo alguém em crise, eu vou logo chegando: “Opa, e aí tudo beleza!” Enfim, [nome da usuária] é uma coisa assim que ela tem uma paranóia muito grande, né?! Assim então, todo mundo chega perto dela, ela é uma menina que, quando tava em crise, ela vinha pra cá, ela batia em todo mundo, se falava bom dia, “bom dia, por quê!” né?! [...] Eu meio que aprendi a respeitar isso, né?! Bom dia de longe, né, claro! “Eu posso conversar com você?” “Eu posso chegar”, né?! “Tudo bem?!” – “Não, não quero”. – “Se você quiser conversar, pode me procurar”. E a gente começou nessa. Aí eu comecei a me mostrar disponível pra ela. E assim que eu vi essas coisas das pessoas. Os casos graves mexem muito comigo assim. Eu tenho muito esse desejo de tá perto da gravidade assim. [...] E aí eu comecei a me disponibilizar pra ela, aí ela começou sempre - “[nome da R-05] vem cá”. – [nome da R-05] cadê num sei quem?” Ela tem uma técnica de referência. – “Ô [nome da R-05] pegue ali uma coisa”. Então a gente começou a ter, de uma certa forma, uma aproximação. Aí menina, teve um dia que ela tá assim em franca crise aqui, ligaram da escola pedindo pra ela busca, porque ela tinha tentado suicídio [...], ligaram da escola pedindo para a mãe chamar, levar o SAMU e tal. Aí ela vem pra cá pro CAPS, o SAMU traz ela aqui pra, e assim, foi uma cena assim... eu também, que tava chegando, eu tava fazendo outra coisa e, quando eu tô chegando, eu tô vendo [nome da usuária] assim acuada na parede e uma multidão em cima dela e os caras da SAMU meio que já querendo pegar ela pra levar pro [nome do hospital psiquiátrico] e tal. Todo mundo em cima dela,

e aí eu fui em direção a ela, mesmo que mantendo [uma distância], que eu sabia eu podia ser uma ameaça a ela ali, e aí eu falei: “ – [nome da usuária]: fique tranquila, a gente tá aqui pra ajudar você, não é?! Nada de mal vai acontecer a você, fique tranquila, né?! É pode confiar em mim, se você quiser conversar, eu estou aqui, eu fui né mantendo a distância e aí um auxiliar daqui, que tem mil anos aqui, que também trabalhou aí fora [refere-se ao hospital psiquiátrico], já de antemão no momento da intervenção, que eu tava ali falando, ela virou pra mim e falou: “ – olhe, em voz alta, não chegue perto dela não, ela vai te bater”. Ela falou de uma forma incisiva e dura, como ela é, não é nem um pouco delicada!. Mas naquele momento eu virei pra ela, eu disse: “olhe dá licença que agora eu estou fazendo a minha intervenção, tá certo!” Aí ela ficou meio assim: “Não, só estou querendo lhe ajudar”. – Mas assim você está me atrapalhando, dá licença! (R13/TO)

Em relação à hierarquização dos saberes entre os residentes como representantes de campos de conhecimento ou profissional diferentes, com menor ou maior aproximação ao campo da saúde mental, deve-se atentar para o fato da psicologia (particularmente, o saber psicanalítico) ou qualquer outro saber, não vir a tomar um lugar hierárquico na ausência de representantes do saber psiquiátrico.

Há certa zona de tensão²⁵ nos espaços educativos multidisciplinares, considerando a presença de representantes de campos de conhecimento e de saberes diferentes, no caso da residência estudada: das ciências da saúde e das ciências sociais e humanas. De acordo com Ceccim (2006) e Almeida Filho (1997), espera-se que a zona de tensão criada em equipes multiprofissionais gerem alteridade e potencializem a compreensão de sujeitos, e não promovam objetos fragmentados, mas isto não é algo garantido pela simples presença de representantes de áreas diferentes.

25 O acesso a um campo de realizações interdisciplinares e multiprofissionais, ao invés de produzir somente intersecções e inter cruzamentos entre os diferentes saberes envolvidos num determinado campo, seria responsável por estabelecer uma zona de tensão na experiência do cuidado, promovendo alteridade e potencializando uma aprendizagem que considera não objetos fragmentados, mas os sujeitos em sua existência cotidiana. (CECCIM, 2006)

Por exemplo, foi relatado por um residente seu sentimento de desprestígio quando usou conhecimento pertencente ao campo das ciências da saúde para alicerçar seu projeto de intervenção, considerando que não havia médico-clínico no CAPS, e que achava inadequado propor uma atividade sem ter precisão do condicionamento físico dos usuários, para tanto, o residente não-clássico utilizou instrumento diagnóstico (protocolo) para conhecer as condições físicas de cada usuário. Do seu ponto de vista, esta proposta não foi bem aceita, ou não foi compreendida pelos demais envolvidos na residência, e o projeto foi descontinuado:

Então eu usei um pouco do meu conhecimento como especialista em condicionamento físico aplicado à reabilitação cardíaca e a clientes especiais [...], que são alguns questionários, de uma forma global, pra ver o nível de saúde, de condicionamento físico dessas pessoas. [...] outro instrumento foi mais com questões apenas a respeito de que tipo de atividade física que você faz, se você já praticava alguma atividade física anteriormente, há quanto tempo você faz atividade física, aonde você gosta de fazer atividade física, qual a atividade física que você mais gosta, enfim, uma narrativa do sujeito [...] E esse segundo protocolo que eu usei criou um pouco de conflito dentro da residência, de entendimento, que nome de [R06-EDF] não estava ouvindo, nem escutando os atores sociais". (R6/EDF)

Esta zona de tensão tem produzido trânsito dos residentes na direção do campo das ciências sociais e humanas do que para o campo das ciências da saúde. No entanto, é preciso registrar que houve mais resistência dos residentes, inclusive residentes-psicólogos, com o saber psicanalítico do que com o saber da antropologia ou da sociologia. A força motriz para o trânsito dos residentes entre os campos de conhecimento e os saberes, como indica a narrativa abaixo, tem duas direções, uma delas: a) a capacidade de produção de sentido proveniente da relação teoria – prática, ou seja, frente a uma situação-problema (ex. criança autista) a capacidade teórica (ex. psicanálise) de alimentar a reflexão e orientar o ato concreto de trabalho; b) a qualidade da relação estabelecida com

o preceptor representante da área de saber (que causa resistência) e o residente (independente da área de conhecimento e/saber).

Por causa dessa pessoa que eu conheci, que eu vejo que é uma pessoa super competente e que é psicanalista. Mas, assim, eu admiro Freud, porque ele foi um cara que quebrou um paradigma, né? Essa coisa de sair dessa coisa de procurar no corpo e veio a falar da estrutura psíquica e tal, mas assim eu não tenho paciência, não. Muitos artigos de álcool e drogas mesmo, eu não leio. Se for psicanálise, desculpem, mas eu não leio. Porque, pra mim, sinceramente, não consigo. Eu sei que as pessoas falam: Ah, é uma escrita hermética [...] Mas, se eu achasse que valia a pena, eu ia ler, cê tá entendendo, mas eu realmente não acho nem um pouco imprescindível esse conhecimento assim. Então eu tenho, não sei se é uma resistência [...] eu acho que é, talvez seja. Mas, também, eu abri minha mente, eu vejo que tem coisas interessantes ali. Aí talvez eu ache que seria uma coisa que, pra mim, seria difícil negociar um pouco mais assim. (risos). (R11/CISO)

Eu acho que a residência, ela nos dá muito esse olhar muito crítico, tanto em relação ao acompanhamento dos usuários, que é uma sustentação teórica, então a preceptoria busca incentivar a gente às leituras. Eu mesmo não gostava muito de psicanálise, mas, depois que eu fiquei no [nome do CAPS] com o caso de uma criança autista, eu fiz: “Psicanálise, não tem pra onde correr”. E como é gostoso, a delícia da residência é exatamente isso, é que a gente está estudando e trabalhando. Então, assim, aquilo que eu leio, quando eu estou com o usuário, começa a fazer sentido e isso é maravilhoso. (R5/PSI)

Para compreender os dois aspectos descritos acima como produção de sentido teórica-prática e a qualidade da relação preceptor–residente como interferindo no trânsito dos representantes de campos e saberes diferentes em outros campos de conhecimento e saberes, é oportuno resgatar também a noção de tecnologia leve. Parafraseando Merhy (1999, p. 308), podemos considerar que os momentos de preceptoria (encontro preceptor – residentes, além do encontro residente – usuário e do

encontro residente - residente) podem operar “um jogo de expectativas e produções, criando-se intersubjetivamente alguns momentos interessantes como momentos de falas, escutas e interpretações”, mas do que a reificação os conhecimentos e saberes que alicerçam as tecnologias leve-duras e duras.

MOMENTOS DE PRECEPTORIA: colocando em suspensão o núcleo específico em terrenos educativos na busca da transdisciplinaridade

Os quatro momentos de preceptoria (institucional-coletiva, coletiva por área profissional, coletiva multiprofissional e individual por área profissional) parecem promover a conciliação dosada entre as especificidades e exigências de cada núcleo profissional e do é que comum a todos eles, ou melhor, o campo da saúde mental.

Destaca-se a preceptoria coletiva multiprofissional como um novo terreno educativo – tecnologia de ensino-aprendizagem – podendo ser caracterizada como uma estratégia transdisciplinar, na direção da integralidade da saúde.²⁶ Os residentes a definem como um momento de discussões sobre os casos, oficinas/projetos e condutas nos serviços. Esta se caracteriza por ser mais ampla, uma espécie de avaliação geral da residência. Isso porque existem seis categorias profissionais diferentes no programa, mas os grupos de trabalho inseridos nos serviços são compostos por, no máximo, quatro núcleos profissionais diferentes. Sobre a preceptoria coletiva multiprofissional, uma residente expressa:

26 Considerando a polissemia do conceito de integralidade da saúde (MATTOS, 2006), estamos nos remetendo, com seu uso, à abertura para o diálogo e à tendência a recusar o reducionismo do processo saúde-doença-cuidado, a objetivação dos sujeitos.

[...] o momento maior, quando tem outros residentes, sempre se apresenta as atividades que a gente tá fazendo nos serviços, apresenta casos, discute [...] tem tanta coisa [...] É sempre o mais macro, assim [...] por exemplo, o meu grupo, eu brinco, dizendo que ele é o mais normal, que não tem nem um cientista social nem um educador físico, então o único momento que a gente tem contato com as contribuições deles é nesse momento (R1/PSI)

Dessa forma, ao participar de uma preceptoria coletiva multiprofissional, os residentes de todas as categorias se encontram e podem oferecer contribuições a grupos de trabalho dos quais não participam formalmente. Essa estratégia pode propiciar o compartilhar de experiências e saberes e ampliar o conhecimento sobre as perspectivas de cada núcleo, bem como as possibilidades de atuação profissional, tendo como objetivo a produção de atos de cuidado que se orientem para uma atenção integral à saúde dos usuários dos serviços.

Durante a preceptoria coletiva por área profissional, se observa uma maior valorização das potencialidades de cada núcleo profissional, com a leitura de textos específicos de cada categoria e discussões teóricas mais aprofundadas. Existe um questionamento que norteia as ações dessa estratégia: no que os saberes que orientam uma determinada categoria profissional podem contribuir para potencializar os cuidados em saúde mental dentro da residência? É neste espaço que são fortalecidas as identidades profissionais oriundas da graduação e que o residente pode refletir sobre a sua inserção no programa como um técnico de saúde mental que possui certas orientações e modos de atuação que o distingue das outras categorias.

A preceptoria individual por área profissional se constitui num momento onde o residente recebe uma atenção individual do preceptor. Ele é caracterizado como sendo um espaço bastante pessoal, onde se discutem as dificuldades próprias a cada profissional em formação, como a qualidade do relacionamento com outros residentes ou profissionais do serviço no qual ele se insere no momento e também estratégias de

atuação em grupos e acompanhamento individuais e embasamento teórico necessários para dar conta das atividades, tudo orientado para atender às necessidades e suprir as carências profissionais dos residentes. É importante assinalar que, muitas vezes, ocorre de o preceptor visualizar que alguns problemas levantados nesta preceptoria são compartilhados por profissionais do mesmo núcleo e, então, sugerir que se leve tal questão para ser discutida na preceptoria coletiva por área profissional, com o intuito de facilitar o compartilhamento de experiências e a solução de problemas da categoria específica.

Não menos importante é a preceptoria institucional multiprofissional nos serviços. Esta é considerada pelos residentes como sendo de extrema importância, uma vez que auxilia no sentido de definir as atividades que cada residente irá desenvolver, levando em conta o dispositivo específico de saúde mental, na presença do tutor daquele serviço específico, que oferece informações mais pontuais sobre a dinâmica da instituição e permite uma negociação conjunta das estratégias que a residência irá adotar para ocupar seu espaço naquele determinado serviço. Também existe um momento em que o tutor do serviço se ausenta e as táticas a serem seguidas em relação aos profissionais dos dispositivos de saúde são expostas de modo mais aberto.

REPERCUSSÕES SOBRE A PRESENÇA DE RESIDENTES EM SERVIÇOS SUBSTITUTIVOS: últimas considerações

A presença de uma residência multiprofissional nos serviços substitutivos de saúde mental se revela como componente fundamental à potencialização destes dispositivos. Uma residência multiprofissional produz nos sujeitos em formação um tensionamento das fronteiras dos núcleos profissionais, inquietações sobre qual o papel específico de uma categoria, em que diferem as atuações, até onde uma determinada formação

profissional permite agir, a quem compete tal função. Leva a perceber o quanto há de fluido e de permeável quando profissionais de diferentes categorias atuam em parceria em determinado espaço, tentando dar conta da complexidade de um campo.

Podemos considerar que esses tipos de questionamentos suscitados por uma formação multiprofissional acabam por reverberar nos profissionais que pertencem ao serviço, que podem passar também a refletir sobre suas práticas e ações, caso se permitam exercer funções não previstas. Tal aspecto pode vir também a potencializar tanto seu núcleo quanto aqueles que se beneficiam dos seus atos – os próprios usuários e familiares. No CAPS em que acompanhamos o cotidiano das atividades dos residentes, por exemplo, podemos destacar o fato de uma enfermeira ir ao território e ampliar sua preocupação para além da aplicação do medicamento; perceber a importância de estabelecer contatos com a rede de serviços de saúde disponíveis na comunidade; manter relações com a família do usuário e implicá-los no seu cuidado. Outro exemplo é o da psicóloga que percebe, atuando junto com os residentes, que ela pode participar e dar contribuições a um grupo que lida com promoção de cidadania, tocando em questões como controle social, organização política de usuários, etc. Enfim, a manutenção desse tipo de contato pode constituir um vetor de resistência à cristalização dos papéis profissionais.

Neste cenário de prática-aprendizagem, há uma regulamentação explícita quanto ao exercício de atividades pelos residentes que ali estavam inseridos: *“todo residente deve estar sempre acompanhado de um técnico/profissional do serviço quando da execução de qualquer atividade, seja dentro ou fora do CAPS.”* Salvo os atendimentos individuais, realizados pelo residente sem a presença dos técnicos, que devem ser posteriormente compartilhados com o técnico de referência do usuário com o objetivo de potencializar o cuidado mais do que uma regra explícita de controle das ações dos residentes. O que há de interessante nisso é que essa vinculação compulsória,

além de produzir diálogos, conflitos e o compartilhamento de inquietações, ela tem como efeito o incentivo ao trabalho fora, no território.

Território que é considerado pelos residentes como uma atividade primordial, potente para a produção do cuidado. Sendo assim, os profissionais do serviço passam gradualmente a ver no território um importante dispositivo, principalmente devido aos resultados alcançados pelas atuações nesse âmbito. Começam a perceber o quanto é importante pensar o usuário fora de suas relações institucionais e como esse fora é indispensável ao cuidado. Chegando ao ponto de se buscar um rearranjo na grade de atividades semanais (oficinas, encontros etc.) para incluir atividades no território para alguns técnicos.

Descrever alguns dos terrenos educativos do ponto de vista dos residentes demonstra o quão rico e desafiador pode ser a formação em serviço, a partir da organização do processo de trabalho em equipes multiprofissionais para o cuidado em saúde mental. Embora pareça ser muito difícil para alguns profissionais de saúde compreender as contribuições que os representantes de cada um das áreas pode trazer para a organização do cuidado em saúde mental, as experiências multiprofissionais podem ser consideradas como favorecendo a integralidade da saúde e fomentando a qualificação dos residentes na perspectiva de desenvolverem uma postura transdisciplinar. Contudo, vale ressaltar, não é a simples presença, é a presença qualificada a partir de concepções e estratégias educativas que possibilitem melhor aproveitamento dos terrenos potencialmente férteis.

Nesta direção, os rodízios entre vários cenários de prática-aprendizagem com público alvos diferente, os quatro momentos de preceptoria – proporcionando ora discussão de núcleo profissional ora de campo – a diversidade de estratégias utilizadas dentro e fora dos cenários para o cuidado integral ao usuário, e particularmente, a organização do trabalho no território, nos parecem os principais terrenos educativos que podem favorecer a capacitação de tais residentes em saúde mental.

Referências

ALMEIDA FILHO, N. M. Transdisciplinaridade e Saúde Coletiva. *Ciênc Saúde Coletiva*, Belo Horizonte, v. 11, n. 1/2, p. 5-20, 1997. Disponível em: <<http://www.hc.ufmg.br/gids/anexos/transdisciplinaridade%20e%20sa%FAde%20coletiva.pdf>>. Acesso em: 29 maio 2012.

BRASIL. Ministério da Educação. *Residência multiprofissional em saúde: experiências, avanços e desafios*. Brasília: Ministério da Saúde, 2006. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/residencia_multiprofissional.pdf>. Acesso em: 29 maio 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Os CAPS na Rede de Atenção à Saúde Mental*. Brasília: Ministério da Saúde, 2004a.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Saúde mental no SUS: os centros de atenção psicossocial*. Brasília: Secretaria de Atenção à Saúde, 2004b. (Série F. Comunicação e Educação em Saúde). Disponível em: <http://www.ccs.saude.gov.br/saude_mental/pdf/SM_Sus.pdf>. Acesso em: 30 maio 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Clínica ampliada equipe de referência e projeto terapêutico singular*. 2 ed. Brasília: Secretaria de Atenção à Saúde, 2007. Disponível em: <http://www.ufjf.br/hu/files/2009/10/projetos_terapeuticos.pdf>. Acesso em: 29 maio 2012.

BRASIL. Conselho Nacional de Saúde. Resolução n. 287 de 8 de outubro de 1998. Disponível em: <<http://www.fonosp.org.br/publicar/conteudo2.php?id=297>>. Acesso em: 29 maio 2012.

BRASIL. Ministério da saúde. Portaria n. 336 GM de 19 de fevereiro de 2002a. Disponível em: <<http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/Portaria%20GM%20336-2002.pdf>>. Acesso em: 29 maio 2012.

BRASIL. Portaria n. 189 de 20 de Março de 2002b. Disponível em: <<http://www.mp.go.gov.br/portalweb/hp/2/docs/189.pdf>>. Acesso em: 30 maio 2012.

BRASIL. Ministério da Educação. Portaria Interministerial n. 506, de 24 de abril de 2008. Altera o art. 1º da Portaria Interministerial n. 45/ME/MS, de 12 de janeiro de 2007, que dispõe sobre a Residência Multiprofissional em

Saúde e a Residência em Área Profissional da Saúde. Disponível em: <http://portal.mec.gov.br/sesu/arquivos/pdf/residencia/portaria_506_08.pdf>.

Acesso em: 30 maio 2012.

CECCIM, R. Equipe de saúde: a perspectiva entre-disciplinar na produção dos atos terapêuticos. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. (Org.). *Cuidado: as fronteiras da integralidade*. Rio de Janeiro: CEPESC, 2006.

GEERTZ, C. *O saber local: novos ensaios de antropologia interpretativa*. 5 ed. Petrópolis: Vozes, 2002.

GEERTZ, C. *A interpretação das culturas*. Rio de Janeiro: LTC, 1973.

GOLDBERG, J. Reabilitação como processo: o centro de atenção psicossocial. In: PITTA, Ana (Org.) *Reabilitação psicossocial no Brasil*. 2 ed. São Paulo: Hucitec, 2001. p. 33-47.

HARMONIA ENLOUQUECE. *Pra distrair a lembrança do irritado*. Verdade às vezes dói!. Faixa 02. Rio de Janeiro: Selo CPRJ, 2008. 1 CD.

KINOSHITA, R. Contratualidade e reabilitação psicossocial. In: PITTA, A. (Org.) *Reabilitação psicossocial no Brasil*. 2 ed. São Paulo: Hucitec, 2001. p. 55-59.

MATTOS, R. Os sentidos da integralidade: algumas reflexões acerca de valores que merecem ser defendidos. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. (Org.). *Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde*. 6 ed. Rio de Janeiro: IMS, 2006.

MERHY, E. E. O ato de governar as tensões constitutivas do agir em saúde como desafio permanente de algumas estratégias gerenciais. *Ciênc Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 4, n. 2, 1999. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csc/v4n2/7114.pdf>>. Acesso em: 29 maio 2012.

NUNES, M. O. *Formulário para proposta de cursos lato sensu*. Salvador: UFBA – Pró-Retoria de Pesquisa e Pós-Graduação; dezembro de 2005.

OLIVEIRA, M.; MOTA, E. Entrevista com Eduarda Mota e Marcus Vinícius Oliveira, supervisores do Programa de Intensificação de Cuidados a Pacientes Psicóticos. *In-tensa ex-tensa: a clínica psicossocial das psicoses*, Salvador, v. 1, n. 1, jul., 2007. Disponível em: <[http://picica.dominiotemporario.com/intensaextensa\(3\).pdf](http://picica.dominiotemporario.com/intensaextensa(3).pdf)>. Acesso em: 29 maio 2012.

- PAIM, J. S.; ALMEIDA FILHO, N. Novos sujeitos novos paradigmas. In: PAIM, J. S.; ALMEIDA FILHO, N. *A crise da saúde pública e a utopia da saúde coletiva*. Salvador: Casa da Qualidade, 2000.
- SARACENO, B. Reabilitação psicossocial: uma prática à espera de teoria. In: PITTA, A. (Org.) *Reabilitação psicossocial no Brasil*. 2 ed. São Paulo: Hucitec, 2001. p. 65-69.
- SPINK, M. J. Práticas discursivas e produção de sentido. In: SPINK, M. J. (Org.) *Práticas discursiva e produção de sentidos no cotidiano: aproximações teóricas e metodológicas*. São Paulo: Cortez, 2000.
- TENÓRIO, F. A reforma psiquiátrica brasileira, da década de 1980 aos dias atuais: história e conceitos. *Hist Ciênc Saúde*, Manguinhos, v. 9, n. 1, p. 25-59, jan./abr., 2002. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/hcsm/v9n1/a03v9n1.pdf>>. Acesso em: 29 maio 2012.
- TUTELA. In: MICHAELIS Dicionário de Português Online. 2009. Disponível em: <<http://michaelis.uol.com.br/moderno/portugues/index.php?lingua=portugues-portugues&palavra=tutela>>. Acesso em: 29 maio 2012,

Posfácio

O importante são as obras, não os autores o guerreiro do tempo contra o dragão da impermanência

Mônica Nunes

INTRODUZINDO

O que vou propor aqui nesse posfácio são algumas reflexões advindas da nossa experiência mais recente com as práticas de saúde mental desenvolvidas na rede de cuidados em Salvador, a partir da intervenção do nosso grupo da Residência Multiprofissional em Saúde Mental. Curiosamente, apesar de situado no posfácio desse livro, esse ensaio foi escrito quando a primeira turma desse curso ainda estava no seu primeiro ano de formação. Por essa razão, vou optar por mantê-lo no tempo verbal no qual foi escrito para que possa guardar maior coerência entre o vivido e o escrito, ainda que o texto esteja passando por uma releitura para publicação atual. Foi um texto concebido, na época, para ser lido no I Congresso Brasileiro de Saúde Mental, razão pela qual guarda estilo e retórica mais afeitos à oralidade.

O TEMPO DA EXPERIÊNCIA NA RESIDÊNCIA

Devo adiantar que esta tem sido uma experiência densa vivida em um tempo condensado e intenso. Daí, talvez, ter resultado naquilo que julgo um ensaio sobre o tempo.

Começamos com o relógio de Dalí, derretedor do tempo. Com essa imagem na cabeça, feito uma obsessão, acendo uma luz de compreensão capaz de cravar sentido em tanta impermanência. Contavam, naquela época, seis meses do início de um trabalho com uma trupe de jovens entusiastas, plantados feito sementes em solos os mais inauditos: húmus, massapê vermelho do nordeste, terra inóspita do deserto. De todos, brotavam flores. De todos: girassóis, margaridas, bem-me-queres, bromélias, orquídeas. Fincados feito erva ruim que resiste às intempéries, residentes e preceptores, éramos todos fertilizados de projetos, de apostas e de laços. A matéria bruta estava lá: um manicômio e territórios estrangeiros batizados de Centro de Atenção Psicossocial (CAPS), povoados de crianças e de adolescentes, de consumidores de drogas, de loucos e de nervosos, sofrentes de toda ordem. Em cada uma dessas terras estrangeiras, buscávamos amigos e parceiros que estivessem conosco para o que der e vier, era esse o nosso lema. Munidos de desejo e levando como bússola ideias como integração social, respeito à loucura alheia e à nossa, sensibilidade ao sofrimento do outro e ao nosso, desestigmatização, asas à imaginação, obstinação e transformação, caminhávamos sabendo que não há caminho... Nunca tivemos tanta certeza de que o fazíamos ao andar.

A argamassa dos devires institucionais iam moldando as ações. Cena 1: a dura realidade do hospício. Muitas e muitas horas de reunião consumidas com as estratégias elaboradas e reelaboradas de, primeiro, sobreviver à pesada atmosfera manicomial; segundo, manejar a técnica de comer pelas bordas; terceiro, evitar confrontações e investir em alianças; quarto, pressentir signos de desânimo e reagir em grupo. Cena 2: as múltiplas realidades dos CAPS. O caos aparente do manejo com as crianças

autistas, a marginália do universo dos drogaditos, as intempéries da loucura. Lado a lado, os contextos de miséria social, estigmas e rejeições, histórias cravadas de dor e dureza. Horas e horas de reunião dedicadas a estratégias de, primeiro, compreender para melhor cuidar, o que significava um olhar contextualizado pautado em histórias ancoradas em territórios geográficos, culturais e existenciais; segundo, não sucumbir a mecanismos grupais reforçadores da inoperância e da reprodução de velhas técnicas e velhos costumes; terceiro, reconhecer pequenas conquistas e valorizá-las; quarto, acreditar nas pessoas e envolver-lhes em ações como protagonistas.

O estampido das crises começa a eclodir

Maio de 2008. Profissionais terceirizados de diversos CAPS recebem a notícia de que serão substituídos por profissionais selecionados em um antigo concurso público e de que terão apenas mais dois meses de trabalho nos serviços. Determinação da Procuradoria do Estado. Os profissionais terceirizados se sentem fragilizados, injustiçados pela impossibilidade de, após todo o percurso de precarização no trabalho, não terem sequer a possibilidade de realizarem um concurso para tentarem preservar as suas vagas. Os profissionais concursados não haviam sido selecionados para trabalhar em saúde mental e não se sabe quantos se sentiriam preparados para ocupar essas vagas.¹ Inquietações surgem acerca da real capacidade desses em desenvolver tarefas no lugar de

1 Efetivamente, esse processo provocou a perda de grande parte da equipe, que foi pedindo demissão, sendo substituída por novos profissionais concursados ou transferidos de outras unidades, quase todos sem nenhuma experiência com a clínica infanto-juvenil e alguns deles sem experiência em saúde mental. Dos poucos antigos concursados que permaneceram, uma profissional de grande experiência e competência nesse tipo de intervenção foi posteriormente colocada à disposição do Estado pela nova gerente que havia ocupado o cargo, por motivos de incompatibilidade, já que a técnica não se submetia a regras que interferiam duramente e negativamente na forma de cuidado em um centro de atenção psicossocial voltado para a infância e para a adolescência.

pessoas que já estavam sendo preparadas *in loco* para se ocupar da saúde mental dos grupos específicos de cada CAPS. Preocupações giram em torno dos vínculos estabelecidos com alguns usuários e da insuficiência de tempo para preparar essa transição.

Primeira experiência da nossa trupe de jovens residentes envolvendo instabilidade, insegurança, medo, angústia – resultados mais extremos da precariedade das condições de trabalho. Os CAPS se revelando estruturas frágeis e vulneráveis. A incidência devastadora do tempo, não assemelhada à ação corrosiva das águas sobre as rochas – o que implora tempo – mas da ação intempestiva dos tufões, dos furacões, dos tsunamis. Parte considerável da energia destinada ao cuidado e ao desenvolvimento de ações mais afeitas à inclusão social dos usuários passa a ser dispersa em uma tentativa desesperada de organização dos trabalhadores de saúde mental e de expressão da indignação dos mesmos face às notícias. A rotina dos serviços é quebrada, o futuro é eclipsado por trás de um presente arrastado e ameaçador.

Os projetos são abortados em uma apatia desesperançada que toma conta dos profissionais e contamina os usuários. O choro da usuária na audiência com o Secretário de Saúde² ecoa lembrando de que matéria são feitas ações de saúde mental: de pessoas, de relações e de afetos. Face à mobilização do momento, algumas soluções são vislumbradas, dentre as quais a municipalização dos CAPS. Um mês se passa e o compromisso de municipalização é revogado. A permanência nos serviços para os trabalhadores é garantida por alguns meses a mais; os trabalhadores concursados passam a ocupar principalmente vagas em hospitais psiquiátricos ou hospitais gerais. Nenhuma conquista digna de ser comemorada. Saldo final: trabalhadores mais desconfiados, alguns preparando sua retirada, inclusive da área de saúde mental, usuários mais

2 Foi solicitada uma audiência com o Secretário Estadual da Saúde para discutir a crise do CAPS, estando presentes profissionais de saúde e usuários do serviço, além de representantes dos movimentos sociais da saúde mental e a coordenadora da Residência Multiprofissional em Saúde Mental.

recalcitrantes nas investidas vinculares. Não dá para apostar quando o grau de incerteza é tão grande.

Esta se revela uma primeira crise na qual residentes e preceptores se solidarizam com os profissionais e buscam soluções de continuidade. Crise: potência e perigo. Potência ligada à organização dos trabalhadores, reflexões sobre a situação do cuidado em saúde mental e a precarização das condições de trabalho. Perigo de dissolução de práticas e de projetos. Potência do coletivo; perigo de fragmentação dos sujeitos. Pessoas descartáveis; medo líquido.

Progressivamente os fazeres da residência se deparam com maiores obstáculos, dessa vez, feitos de cimento e de concreto. Diferentemente dos CAPS, o hospital psiquiátrico se confirma uma estrutura pesada, quiçá atemporal, parecendo vir de tempos imemoriais. Imutável.

Agosto de 2008: o peso do manicômio aquilata-se à medida que os pequenos testemunhos do cotidiano revelam situações impossíveis de tentar conciliações, sob pena da conivência e cumplicidade. Em seis meses de hospício, multiplicam-se os testemunhos: lista negra de pacientes que jamais serão atendidos na emergência e muito menos ingressarão na enfermaria, emergência sem nenhuma ação de acolhimento, contenção como prática banalizada e punitiva, altas de pacientes para atender ao conforto das férias do psiquiatra, alta de pacientes ainda em crise e com suspeita de tuberculose pulmonar, que não receberam cuidados na rede de saúde por serem psicóticos. A decisão da alta tomada pela diretoria como forma de impedir o contágio de outros pacientes!? Por fim, a morte de três pacientes em decorrência de quadros clínicos graves e mal ou não tratados, mortes que poderiam talvez ter sido evitadas caso as pessoas tivessem recebido a atenção devida pela Rede Própria. A despeito do pessoal do hospital psiquiátrico ter se empenhado em garantir que esses pacientes internados tivessem recebido os cuidados clínicos em outras unidades de saúde, uma vez que isso não aconteceu, essas mortes foram abafadas pela diretoria. Nenhuma atitude de denúncia ou

exigência de responsabilização por parte da diretoria do hospital com relação àqueles que negaram o cuidado.

Da nossa parte, verificávamos que a necessária retirada se renunciava e agudizava situações que eram suportadas à base de muito empenho grupal e pessoal. Pequenos troféus, resultados de investidas cuidadosamente construídas por residentes e preceptores, na direção de neutralizar ou reverter práticas opressivas, semeando novas reflexões, seduzindo mentes e corações em uma micropolítica de alianças e de desconstrução de práticas fossilizadas, passam subitamente a serem subtraídos. Nesse mesmo período, entregamos relatório com todos os registros de prontuário e de observações dos residentes, denunciando as más condutas ou recusas de cuidado que produziram as mortes dos pacientes para as autoridades competentes da Secretaria de Saúde.

O paroxismo da crise

O paroxismo da crise se anuncia quando o CAPSia³ tem a sua coordenadora exonerada e é ameaçado de ter os seus profissionais terceirizados demitidos em massa e parte do seu espaço utilizado para o aumento de leitos femininos do hospital psiquiátrico vizinho. Uma manifestação em defesa do CAPSia e a favor da transformação do hospital psiquiátrico em CAPS III é desencadeada e gera conflitos de grande monta. A arquitetura da manifestação é simbólica: do lado de fora, abraçando o CAPSia, aqueles que defendiam o fim dos manicômios; do lado de dentro, entrincheirados dentro dos muros do hospital, aqueles que defendiam a permanência dos mesmos. No dia seguinte, os residentes são hostilizados e agredidos por funcionários do hospital. Isso apenas precipita uma decisão que vinha sendo gestada de saída da Residência desse serviço. Essa saída teve longas repercussões com retaliações por parte da

3 Trata-se de um CAPS voltado para crianças e adolescentes que, na Bahia, em particular, conforme explicitado em capítulo anterior recebeu essa sigla.

diretoria do hospital que suspendeu a alimentação dos residentes pelo fato de as refeições do CAPSia se fazerem no refeitório do hospital, que lhe é conjugado e responsável pela sua administração. A colonização progressiva do CAPSia pelo hospital com uma ampliação da sua influência sobre o mesmo exige que a equipe se mantenha em uma posição de resistência.

Essas são apenas algumas das crises mais agudas, aqui registradas para tomada de conhecimento e reflexão pública. Muitas outras microcrises marcaram o cotidiano dos fazeres institucionais, com maior ou menor duração, nos vários serviços onde atuávamos a ponto de questionarmos se a normalidade dos novos serviços não é mesmo o estar em crise. Essa foi uma pergunta chave no sentido de orientar uma conduta mais efetiva e menos desagregadora. Desagregadora na perspectiva dos vários atores envolvidos, uma vez que observávamos que trabalhadores aturdidos e desbussolados provocavam descompensação ou agravamento nos quadros clínicos dos usuários e essa descompensação produzia um mal estar adicional nos profissionais. O que observávamos era um altíssimo custo emocional e psíquico para todos, em uma espécie de contágio de sofrimento e de instabilidade. Crises psiquiátricas e emocionais eclodiam.

Como viver as crises sem mergulhar no caos?

Voltemos a *crisis* quando ela nos remete ao teatro clássico, mais precisamente ao ponto em um drama onde o conflito atinge seu pico, antes de ser resolvido. Pensaríamos então que esse pico favoreceria a emergência de muitas reflexões e, mais do que isso, de muitas ações e mobilizações. Da crise se espera a crítica, numa perspectiva de julgamento e discernimento. No entanto, o que percebemos é que, quando um sistema qualquer alimenta a crise como permanência, e não como exceção, ele passa a gerar nas pessoas um outro tipo de realização, situada no continuum da crise, em latim a *hypocrisis*, em português a hipocrisia. Voltando ao teatro grego, na manifestação teatral da *hypokrisis*, acrescentando o

prefixo *hypo* (abaixo de, falta de), não há crítica ou discernimento, somente atuação dramática perfeita, ou seja, o fingimento.

Penso aqui o fingimento no sentido atribuído por Pessoa (2002) quando diz: “O poeta é um fingidor/Finge tão completamente/que chega a fingir que é dor/a dor que deveras sente.” Nessa perspectiva, o que passamos a encontrar são pessoas que, fugindo da dor do enfrentamento e do risco do fracasso, se encolhem no seu mínimo eu, buscando as saídas as mais pontuais e individualizadas possíveis. Cada um por si e, para quem acreditar, Deus por todos. Ainda que possamos, como Certeau (1990), acreditar que, em algumas dessas saídas, residem germens da resistência, como as múltiplas formas de sabotagem, os corpos moles, as inoperâncias, o cair fora, o abandonar o barco, a economia de envolvimento emocional, tendemos mais a antever, nessas reações, o perigo que envolve as crises. Nesse caso, o perigo das defesas embrutecedoras, das cristalizações, dos automatismos.

O perigo das crises reside em que, ao extirpar o olhar do futuro, na impossibilidade dos projetos e das apostas, produz um excesso de presente, em um imediatismo pragmático: o número de consultas, as horas do dia, a consecução de uma tarefa, a fragmentação dos processos nas ações que começam e terminam nos indivíduos atomizados. Esse tem sido um dos riscos desses equipamentos de saúde mental, os CAPS, na sua excessiva fragilidade e impermanência que se traduz nas rotatividades das equipes, nas mudanças das atividades, restritas que estão às habilidades e capacidades pessoais, que, ao saírem dos serviços, levam consigo o seu *savoir-faire*. Arriscamo-nos a dizer que o tempo do CAPS é o agora enquanto que o tempo do manicômio é o nunca...

Os tempos dos serviços

Esses perfis distintos de temporalidade, na singularidade de cada serviço, fazendo com que cada um tenha a sua Cultura de tempo, é um aspecto imprescindível de apreender para que se entenda e se atue na dimensão

da crise e do cuidado. Assim, o tempo do serviço pode ser percebido como linear, como cíclico, como espiralar, como instantâneo, ou como permanente. Essa percepção está intimamente associada ao sentimento imprimido pela incidência das práticas. Em cada serviço, pode haver uma predominância de uma dessas experiências temporais, uma alternância das mesmas e pode-se chegar a ter a sensação de que, em uma certa instituição, só se vivencia uma única experiência de tempo. Algumas temporalidades coadunam-se bem com determinadas situações como, por exemplo, tal qual afirmávamos, o tempo das crises mostra-se diferente do tempo da rotina, ou da “normalidade”. Outro elemento importante é que a percepção da temporalidade normalmente varia entre as pessoas que a experimentam, na dependência das suas concepções, expectativas, demandas, interesses, etc. Assim, por exemplo, para um paciente que está internado, muitas vezes o tempo não passa nunca, pois a sua expectativa é sair de alta. O mesmo pode acontecer para profissionais que querem mudanças, para quem cada momento de espera é muito tempo. Para aqueles pacientes ou profissionais que se encontram acomodados, alienados ou enrijecidos com as realidades instituídas e nada instituintes, o tempo, apesar de monótono, parece ser percebido como estaque.

Dentre as distinções propostas acima, podemos sugerir que, na percepção de linearidade, apresenta-se um tempo cronológico, de evolução sequenciada, onde um evento substitui o outro de modo sucessivo. O tempo cíclico tem uma aparência de retorno a algum ponto no passado, dando a idéia de retorno, repetição, o que se distingue do tempo espiralar onde o passado pode ser revisitado, inclusive em uma perspectiva de *flashback*, mas inflexões são produzidas de modo a produzirem efeitos de ponto de virada na trajetória do tempo (que pode ser a trajetória biográfica). O tempo instantâneo é percebido em situações muito atípicas onde uma dose muito grande de afetos é mobilizada, onde a cotidianidade é abruptamente rompida, onde o futuro parece incerto, não sendo possível planejar e tendo que se atuar rapidamente. O tempo

vivido como permanente é aquele que se arrasta, que não produz (sensações de) mudança, é repetitivo e não criativo. Embora sempre experimentada subjetivamente, a temporalidade à qual nos referimos é operada no coletivo, que produz o efeito de uma determinada institucionalidade. Evidentemente que ela, em última instância, deveria resultar de um conjunto de ações singulares, mas que, muitas vezes, à força da reprodução, ganha um estilo massificado e dessubjetivizante.

A experiência da crise nas várias instituições, por sua vez, desenvolve-se atravessando e tendo algum tipo de incidência sobre o substrato temporal que a caracteriza predominantemente. Assim, ela pode fertilizar solos permeáveis, revolvendo-os a partir de novas reflexões, novas sementes, novos modos de plantar. No entanto, há também cenários mais sombrios, onde a crise gera fragmentação, atomização, descontinuidade, impermanência. Isoladamente, esses efeitos vão repercutir nos contextos microsociais dos serviços e suas adjacências, que envolvem as pessoas no círculo de atuação desses serviços. De forma mais orquestrada, os efeitos delineiam um modelo de atenção em desenvolvimento, definindo-se aí a prática do modelo, e não o modelo da prática, forjando as utopias na concretude das situações e contextos reais. Esses também se realizam em contextos temporais definidos.

Os tempos da reforma

Observa-se que os modelos vislumbrados ou concebidos ganham materialidade em momentos específicos da história. Dessa forma, expressões temporais indicam-nos pertencimentos históricos. Assim, podemos voltar o nosso olhar para a Reforma Psiquiátrica Brasileira e interpretar que parte do seu desafio reside em encarar os percalços da historicidade que ela mesma carrega. Nesse sentido, as impermanências das quais ela é vítima estão inscritas no mesmo solo das impermanências da contemporaneidade. Por isso, os seus projetos contrapõem-se aos resultados impostos pela lógica da fugacidade dos objetos, das situações e dos

vínculos e da descartabilidade das pessoas, especialmente aquelas que não dispõem de valor de troca. Assim, o seu projeto de liberdade contrapõe-se ao projeto de abandono das pessoas à sua própria sorte das sociedades capitalistas neoliberais. O seu projeto de autonomia contrapõe-se ao projeto de autossuficiência do individualismo moderno. O seu projeto de relações e vínculos contrapõe-se aos efeitos de isolamento e solidão, mal estares da pós-modernidade. O seu projeto de ocupação de espaços públicos, trânsitos pela cidade e inclusão social contrapõe-se aos processos de competitividade, apartação, guetorização, estigmatização e injustiça social.

No entanto, parte das dificuldades de consecução desses projetos reside exatamente na dificuldade de encarar que esses fenômenos não se situam sob a forma de polaridades facilmente identificáveis nas dinâmicas sociais. Ao contrário, eles tendem a se misturar, produzir ambigüidades, contaminar-se e reconfigurar-se. As crises, quando esporádicas, seriam momentos privilegiados para identificar as tensões produzidas pelas confrontações entre elementos distintos. Diferenciaríamos melhor, conforme nos indica o discurso da Ética, o bem do mal, ou, dito de outro modo, aquilo que veicula projetos de felicidade e aquilo que amplia ou perpetua sofrimento.

No entanto, como identificar projetos singulares de felicidades e como os fazermos confluir com projetos coletivos de felicidade? Esse não seria um desafio do campo da saúde mental? Como transformar dissabores e frustrações individuais em sentidos para lutas coletivas? Como não partirmos para as reações atomizadas? Como não centrarmos os nossos projetos e frustrações no nosso mínimo eu? Como ganhar extensão do meu corpo no corpo do outro? Como, ainda que como horizonte de possibilidades, alcançarmos a fusão de horizontes? (GADAMER, 2008, p. 404)

A outra parte no empreendimento desses projetos da Reforma se situa em experimentar as orientações do nosso tempo veloz de modo mais crítico e menos subordinado. Isso significa ousar desacelerar quando for necessário contemplar, escutar, partilhar; saber consolidar quando é

preciso repetir, fortalecer, sedimentar; criar estratégias de continuidade, quando é imprescindível partir ou mudar.

A reflexão sobre esses temas nos era muito recorrente quando, assistindo à interrupção de projetos e de ações a cada crise vivida, perguntava-me sobre o caráter evanescente das práticas nos nossos locais de trabalho. Afinal, o que fica? Tudo é fadado à dissolução? O que permanece, ou melhor, como fazer permanecer? Lembrei-me inicialmente de Ricoeur (1976) que, reconhecendo o caráter evanescente do discurso, afirmava que existe algo que não é perdido no dizer, que seria o que preservaria a identidade própria do discurso, o seu conteúdo proposicional, ou o dito enquanto tal do discurso. Esse conteúdo proposicional superaria o caráter evanescente do evento para garantir a permanência da sua significação. Ricoeur (1976) vai adiante evocando que o que ultrapassa a inequívoca solidão da experiência humana, ou a solidão fundamental de cada ser humano, é o milagre da significação. Fiquei com isso na cabeça e imaginei, inicialmente, que o que fica é o sentido das ações. O sentido em sua dupla acepção: de significado e de direção. O significado seria o que produziu em termos de interpretações, de nexos; a direção seria para que possibilidades de caminhos as ações/discurso nos conduziu.

Já nessa pista pude vislumbrar a continuidade dos processos nas trajetórias pessoais dos sujeitos – dos usuários, que lograram desfrutar de relações humanas e prenes de projetos, mas também dos profissionais, que podiam guardar na memória a riqueza desses encontros. Essas relações densamente construídas de vínculos e de apostas geravam frutos e flores. De todos os solos, brotavam flores. De todos: girassóis, margaridas, bem-me-queres, bromélias, orquídeas.

Uma segunda pista me surgia a partir de Geertz (1997), que nos relata acerca da vida em Bali. Na leitura desse texto, o olhar se debruça sobre as repetidas alusões ao empobrecimento dos serviços com a perda de algum profissional que levava consigo a sua experiência, as suas tecnologias e o seu jeito de fazer. Ou quando, preocupados com o breve tempo nos serviços, os residentes apresentavam cenários dramáticos de

usuários dilacerados e devastados com a perda do vínculo com os técnicos. A pergunta que ficava era: será que a permanência dos projetos e dos vínculos e até da própria relação só existe com a permanência física das pessoas? Necessariamente precisamos carregar conosco o que é nosso ao partirmos? Não seria essa uma visão excessivamente narcísica, embora muitas vezes recoberta de justificativas psicologizantes?⁴

Da leitura de Geertz (1976), o que nos chamava a atenção agora era o teatro balinês, mas, dessa vez, o teatro destituído de qualquer caráter de fingimento. Com Bali, um universo absolutamente idiosincrático revela-se, chocando-se com as nossas fundações individualizantes, calcadas em um ideal de pessoa moderna. Geertz (1997, p. 95) assim descreve a experiência existencial da sociedade balinesa:

[...] esforço persistente e sistemático de estilizar todas as formas de expressão pessoal a um ponto tal que qualquer coisa idiosincrática e característica do indivíduo por ser ele quem é, física, psicológica ou biograficamente, é emudecida, privilegiando-se o papel que ele desempenha no cortejo permanente e, na visão dos balineses, imutável, que é a vida balinesa. [...] na verdade, são os *dramatis personae*, e não os atores, que realmente existem no sentido exato da palavra. Fisicamente os homens vão e vêm, meros incidentes na história conjuntural, sem nenhuma importância real, nem para si mesmos. As máscaras que usam, no entanto, o lugar que ocupam no palco, os papéis que desempenham e, ainda mais importante, o espetáculo que montam juntos, permanecem e compreendem não a fachada, mas sim a substância das coisas, inclusive do eu. [...] Não existe faz-de-conta; é claro que os atores morrem, mas a peça continua, e é o que foi atuado, não quem atuou, que realmente importa.

4 Não desconsideramos, conforme sugestão de Vlândia Jucá, que o excesso de impermanência dificulta a construção das equipes, fazendo com que as mesmas percam continência e se sintam muito fragilizadas, o que, inevitavelmente, interfere nas ações desenvolvidas pelas mesmas.

Recompondo-me face àquilo que podemos identificar como um suposto descarte dos sujeitos, presente na sociedade balinesa, tão caros em nossa formação burguesa moderna, tento mergulhar no que Geertz (1997), com tanta maestria, nos oferece como pista interpretativa. Isso significa enfrentar um paradoxo de, sem descartar as minhas crenças no valor único e insubstituível de cada sujeito na sua passagem pela terra, exercitar um olhar distanciado e menos etnocêntrico para certas vantagens da construção da pessoa dos outros.

Será que a força de que os balineses poderiam nos aferir não estaria justamente nessa capacidade de construir um projeto coletivo que resistisse às intempéries do tempo e que se perpetuasse a despeito da passagem das pessoas? Não estaria nessa crença na transcendência de um projeto a razão maior por lutar pelo mesmo? Afinal, não é isso que nos fortalece a todos que aqui estamos para continuarmos atuando a partir de ideais de igualdade, a despeito das diferenças, de inclusão solidária, e não excludente, de apreço aos outros, a despeito dos nossos pequenos interesses? Nesse caso, é possível continuar o espetáculo e é possível transformar os nossos espaços de atuação em estruturas leves, mas não frágeis, em tempos mutantes, mas não efêmeros, tampouco imemoriais. Não seria assim que, guerreiros, venceríamos o dragão da impermanência, instituída nos múltiplos mecanismos que favorecem a nossa fragmentação em átomos individualizados? Não seria também assim que nos perpetuaríamos enquanto sujeitos?

Os relógios derretidos de Dali estão ali no cenário e não mais me assustam. Tempos líquidos, medos líquidos, amores líquidos. Tempos sólidos, medos sólidos, amores sólidos. Nem um, nem outro.

Referências

BAUMAN, Z. *Medo líquido*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 2006.

CERTEAU, M. *L'invention du quotidien: 1. arts de faire*. Paris: Gallimard (Folio Essais), 1990.

GADAMER, H.-G.. *Verdade e método I: traços fundamentais de uma hermenêutica filosófica*. 10. ed Petrópolis: Vozes, 2008.

GEERTZ, C. "Do ponto de vista dos nativos": a natureza do entendimento antropológico. In: GEERTZ, C. *O saber local: novos ensaios em antropologia interpretativa*. Petrópolis: Vozes, 1997. p. 85-107.

PESSOA, F. Autopsicografia. In: GEERTZ, C. *Cancioneiro*. Ciberfil Literatura Digital, 2002. p. 23-25. Disponível em: <<http://www.dominiopublico.gov.br/download/texto/ph000003.pdf>>. Acesso em: 30 maio 2012.

RICOEUR, P. *Teoria da interpretação: o discurso e o excesso de significação*. Lisboa: Edições 70, 1976. p. 13-35.

Sobre os Autores

Adelly Rosa Orselli Moraes

Terapeuta Ocupacional. Especialista em Saúde Coletiva pela Residência Multiprofissional em Saúde Coletiva com área de concentração em Saúde Mental do Instituto de Saúde Coletiva (RMSM-ISC) da Universidade Federal da Bahia (UFBA).

Email: adellyorselli@hotmail.com

Adriana Prates

Socióloga. Especialista em Saúde Coletiva pela RMSM-ISC. Mestre em Ciências Sociais pela UFBA.

Email: djadrianaprates@hotmail.com

Alba Borges

Socióloga. Especialista em Saúde Coletiva pela RMSM-ISC

E-mail: albatborges@yahoo.com.br

Amanda Marques dos Santos

Enfermeira. Especialista em Saúde Coletiva pela RMSM-ISC.

E-mail: mand.marques@hotmail.com

Antonio Nery Filho

Médico Psiquiatra. Mestre em Medicina e Saúde pela UFBA. Doutor em Sociologia e Ciências Sociais pela Université Lumière Lyon 2. Professor da Faculdade de Medicina da UFBA. Professor da Faculdade Ruy Barbosa. Coordenador do Centro de Estudos e Terapia do Abuso de Drogas da UFBA.

Email: antonioneryfilho@gmail.com

Claudia Miranda Souza

Professora de Educação Física. Mestre em Saúde Coletiva pela UEFS. Doutora em Saúde Coletiva pela UFBA. Professora do Departamento de Educação Física da UFBA. Preceptora de Educação Física da RMSM-ISC.

Email: cmiranda.ufba@gmail.com

Diego Araújo

Psicólogo, graduado pela UFBA. Residente, no Programa de Residência Integrada Multiprofissional em Saúde do Adulto e Idoso da Universidade Federal de Sergipe.

E-mail: paradiegoaraujo@hotmail.com

Elielma Carvalho dos Santos

Assistente Social. Especialista em Saúde Coletiva pela RMSM-ISC.

E-mail: meminha.ss@hotmail.com

Francine Melo

Assistente Social. Pós-Graduada em Serviço Social. Especialista em Saúde Coletiva pela RMSM-ISC.

E-mail: francine_melo@yahoo.com.br

Itatyane Nascimento

Terapeuta Ocupacional. Trabalhadora da Rede de Serviços Substitutivos de Saúde Mental de Salvador, Bahia. Referência da área técnica de saúde mental do Distrito Sanitário da Liberdade. Tutora de campo da RMSM-ISC.

Email: itatyane@gmail.com

Jairnilson Silva Paim

Médico. Mestre em Medicina pela UFBA. Doutor em Saúde Coletiva pela UFBA. Professor Titular em Política de Saúde do Instituto de Saúde Coletiva da UFBA.

Email: jairnil@ufba.br

Lívia Graziela Moreira Ribeiro

Psicóloga. Especialista em Saúde Coletiva pela RMSM-ISC.

E-mail: liviagraziela@hotmail.com

Lívia Santos

Psicóloga, graduada pela UFBA.

E-mail: livialaurentino@hotmail.com

Lygia Silva Pedreira de Freitas

Psicóloga. Especialista em Saúde Coletiva pela RMSM-ISC.

Email: lspdf@yahoo.com.br

Mabel Jansen

Terapeuta Ocupacional. Especialista em Saúde Coletiva pela RMSM-ISC.

Email: mabeljansen1@gmail.com

Maria Thereza Ávila Dantas Coelho

Psicóloga. Mestre em Saúde Comunitária pela UFBA. Doutora em Saúde Coletiva pela UFBA. Professora do Instituto de Humanidades, Artes e Ciências da UFBA. Preceptora de Psicologia da RMSM-ISC.

Email: therezacoelho@gmail.com

Maurice de Torrenté

Antropólogo. Mestre em Antropologia pela Université de Montréal. Preceptor de Ciências Sociais da RMSM-ISC.

Email: mdetorrente@hotmail.com

Mônica Lima

Psicóloga. Mestre em Saúde Comunitária pela UFBA. Doutora em Saúde Coletiva pela UFBA. Professora do Instituto de Psicologia da Universidade Federal da Bahia.

Email: molije@hotmail.com

Mônica Nunes

Médica Psiquiatra. Mestre em Saúde Comunitária pela UFBA. Doutora em Antropologia pela Université de Montréal. Professora do Instituto de Saúde Coletiva da UFBA. Coordenadora da RMSM-ISC.

Email: nunesm@ufba.br

Monique Brito

Psicóloga. Especialista em Saúde Coletiva pela RMSM-ISC.

Email: amornique@yahoo.com.br

Patrícia Silva Oliveira

Terapeuta Ocupacional. Especialista em Saúde Coletiva pela RMSM-ISC.

Email: pso9157@gmail.com

Patricia von Flach

Assistente Social. Psicóloga. Mestre em Saúde Coletiva pela UFBA. Preceptora de Serviço Social da RMSM-ISC.

Email: patriciaflach@yahoo.com.br

Priscila Coimbra Rocha

Enfermeira. Especialista em Saúde Coletiva pela RMSM-ISC. Mestre em Saúde Coletiva pela UFMA.

Email: pcoimbrarocho@gmail.com

Renata Maria de Oliveira Costa

Enfermeira. Mestre em Saúde Pública pela ENSP. Preceptora de Enfermagem da RMSM-ISC.

E-mail: renascidacosta@gmail.com

Sinthia Novaes Oliveira

Professora de Educação Física. Especialista em Saúde Coletiva pela ESSP-BA e com área de concentração em saúde mental pela RMSM-ISC.

Email: sinthiajambo@gmail.com

Suely Galvão Barreto

Terapeuta Ocupacional. Mestre em Saúde Coletiva pela UFBA. Preceptora de Terapia Ocupacional da RMSM-ISC.

Email: suelymgb@gmail.com

Vlândia Jucá

Psicóloga. Mestre em Comunicação pela UFBA. Doutora em Saúde Coletiva pela UFBA. Professora do Instituto de Psicologia da UFBA. Preceptora de Psicologia da RMSM-ISC.

Email: vladiajuca@gmail.com

Anexo I

Lista dos campos de prática

(Turma 2008-2009)

- Centro de Atenção Psicossocial Adilson Sampaio (CAPS II)
- Centro de Atenção Psicossocial da Liberdade (CAPS II)
- Centro de Atenção Psicossocial Infância e Adolescência da Liberdade (CAPSia)
- Centro de Atenção Psicossocial para usuários de Álcool e outras Drogas de Pernambués (CAPSad II)
- Hospital Especializado Mário Leal (Hospital psiquiátrico)

Anexo II

Lista das disciplinas

(Turma 2008-2009)

- Atenção à crise
- Atenção Integral ao Usuário de Álcool e Outras Substâncias Psicoativas
- Atenção Psicossocial
- Clínicas do Território
- Contribuições da Pesquisa Epidemiológica em saúde mental
- Corporeidade e Saúde Mental: vivências
- Epistemologia da Clínica
- Estratégias qualitativas de pesquisa
- Ética e Saúde Mental
- Fundamentos da Psicanálise
- Grupos Terapêuticos
- Modelos em Educação e Saúde
- Neurologia
- Planejamento e administração em saúde
- Psicofarmacologia
- Psicopatologia
- Saúde mental da criança e do adolescente
- Saúde Mental e Clínica da Família
- Saúde Mental e Trabalho
- Saúde mental na Atenção Básica

- Saúde Mental, Cultura e Sociedade
- Saúde mental: Conceitos, História e Políticas
- Teatro

Colofão

Formato	170 x 230 mm
Tipografia	Bree Mundo Sans DTL Albertina
Papel	Alcalino 75 g/m ² Cartão Supremo 300 g/m ²
Impressão	Edufba
Capa e Acabamento	Cian Gráfica
Tiragem	400 exemplares

