

Organizadores:

Alessandra Rios de Faria

Ana Regina Machado

Gustavo Dias Ribeiro

Jamile Alves Pereira

Luzmarina Morelo

Priscila Rayane Lopes Moraes

Suzana de Almeida Gontijo

NADA SERÁ COMO ANTES:

Invenções cotidianas para
o cuidado em liberdade nas
Redes de Atenção Psicossocial

ESP/MG
EDITORA

Organizadores:

Alessandra Rios de Faria
Ana Regina Machado
Gustavo Dias Ribeiro
Jamile Alves Pereira
Luzmarina Morelo
Priscila Rayane Lopes Moraes
Suzana de Almeida Gontijo

NADA SERÁ COMO ANTES:

Invenções cotidianas para o
cuidado em liberdade nas Redes
de Atenção Psicossocial

Governador

Romeu Zema Neto

Secretário de Estado de Saúde

Fábio Baccheretti Vitor

Secretária de Estado Adjunta de Saúde

Poliana Cardoso Lopes

Subsecretária de Redes de Atenção à Saúde

Camila Moreira de Castro

Escola de Saúde Pública do Estado de Minas Gerais

Diretora Geral da ESP-MG

Mara Guarino Tanure

Superintendente de Educação e Pesquisa

Patrícia de Oliveira

**Coordenador de Política, Planejamento
e Gestão em Saúde**

Lucas Rodrigues Albionti de Castro

Produção ASCOM/ESP-MG

Assessora-chefe

Adriana Barbosa

Diagramação e projeto gráfico

Jacqueline Castro

Organizadores

Alessandra Rios de Faria

Ana Regina Machado

Gustavo Dias Ribeiro

Jamile Alves Pereira

Luzmarina Morelo

Priscila Rayane Lopes Moraes

Suzana de Almeida Gontijo

Revisão

Alessandra Rios de Faria

Ana Regina Machado

Gustavo Dias Ribeiro

Jamile Alves Pereira

Luzmarina Morelo

Lenira de Araujo Maia

Priscila Rayane Lopes Moraes

Rodrigo Martins da Costa Machado

Suzana de Almeida Gontijo

N126 Nada será como antes: invenções cotidianas para o cuidado em liberdade nas redes de atenção psicossocial. / Alessandra Rios de Faria [et al.] (organizadores). - Belo Horizonte: ESP-MG, 2024
575 p.
Inclui referências bibliográficas.
ISBN: 978-65-89122-25-8
1. Saúde Mental. 2. Atenção Psicossocial. 3. Centros de Atenção Psicossocial.
I. Machado, Ana Regina. II. Ribeiro, Gustavo Dias. III. Pereira, Jamile Alves. IV. Morelo, Luzmarina. V. Moraes, Priscila Rayane Lopes. VI. Gontijo, Suzana de Almeida.
VII. Título.

Sumário

Mensagem Institucional	9
Apresentação	10
Prefácio	11

Seção 1

Ao que vai (e está a) nascer: modos de sustentação da Política de Saúde Mental Antimanicomial e da Atenção Psicossocial

A formação em Saúde Mental na Escola de Saúde Pública do Estado de Minas Gerais: apostas, estratégias e compromissos	17
<i>Ana Regina Machado, Alessandra Rios de Faria</i>	

Experiências de formação política dos usuários em oficinas e eventos promovidos pela Associação dos Usuários dos Serviços de Saúde Mental de Minas Gerais: possibilidades e desafios	34
<i>Laura Fusaro Camey</i>	

Provocações do feminismo negro e decolonial para a formação de trabalhadoras/es da Atenção Psicossocial	41
<i>Áquila Bruno Miranda, Julia Costa de Oliveira, Claudia Andréa Mayorga Borges</i>	

“O sorriso negro” de dona Ivone Lara, o “tornar-se negro” de Neusa Santos e o “descolonizar” de Frantz Fanon: contribuições apagadas da história da Reforma Psiquiátrica Brasileira	52
<i>Ana Silvia Paixão Santos, João Vinícius dos Santos Dias</i>	

Vamos esclarec... opa, escurecer algumas coisas? Relatos e reflexões de uma Terapeuta Ocupacional no enfrentamento ao Racismo Institucional e a adoção de Práticas Antirracistas em um Centro de Atenção Psicossocial	67
<i>Suzana de Almeida Gontijo, Daniela de Melo Gomes</i>	

Da reforma psiquiátrica à atenção aos usuários de drogas: contribuições da Psicologia Social Crítica	88
<i>Daniene Cássia dos Santos</i>	

O modelo territorial em saúde mental de Trieste: singularidades do cuidado nas desvantagens sociais 107

Rinaldo Conde Bueno

Relato de experiência acerca da construção do trabalho em saúde mental na perspectiva antimanicomial em um município de pequeno porte 119

Ana Rita Amaral Minas, Alessandra Rios de Faria

A gestão do projeto de supervisão clínico-institucional em uma região de Minas Gerais: desafios, estratégias e avanços 135

Maria Lúcia dos Reis

Seção 2

De magia, de dança e pés: arte, cultura e cidadania na produção de cuidado

Merlot de valise e cuia: reflexões sobre a Arte da Palhaça e o cuidado em Saúde Mental 151

Patricia Fernanda de Melo, Alessandra Rios de Faria

SUS-tentar afetos e cabimentos: a oficina de hortaliças como possibilidade de cuidado 165

Fabrícia Cristine Freitas, Ana Regina Machado

“A gente às vezes se entrega demais... esquece de ouvir a razão”: a música como ferramenta na prática do Acompanhamento Terapêutico no contexto do Serviço Residencial Terapêutico 178

Júlia Maria de Souza Farias

Protagonismo dos usuários: as assembleias nos Serviços de Saúde Mental 191

Ana Marta Lobosque

Projeto Arte da Saúde – Atelier de Cidadania 200

Rosalina Martins Teixeira

Centro de Convivência e Cultura: relato de experiência sobre a proposta de implantação no município de Varginha - Minas Gerais 212

Yara Aparecida Teixeira Dias, João Vinícius dos Santos Dias

Centros de Convivência e Cultura: sociabilidade, cultura e arte como possibilidades de sustentação do Cuidado em Saúde Mental 227

Jamile Alves Pereira

Daniela de Melo Gomes

Territórios e sentidos: arte, subjetividade e cuidado 244

Soraia Monteiro Lima, Linda Batista do Carmo, Manuela Carvalho Rebouças, Monica de Souza Ribeiro, Tatá Santana, Tuliola Almeida de Souza Lima, Rodrigo Silva Simas, Carolina Pereira Merlo

“Sonhos são projetos pelos quais se luta”: reflexões e tessituras a partir da realização do I Encontro dos Centros de Convivência e Cultura de Minas Gerais 259

Gustavo Dias Ribeiro, Adriana Mojica Veras Massanti Ponzo, Alessandra Rios de Faria

Seção 3

Caminhando de mãos dadas, viver semeando a liberdade em cada coração: clínica e cuidado na Atenção Psicossocial

O Técnico de Referência nos CAPS: quem é e o que faz 283

Ana Marta Lobosque

Instrumento para registro do Projeto Terapêutico Singular em Centro de Atenção Psicossocial 294

Maria Odete Pereira, Ana Carolina Stuart Leite Costa, Micael Alves dos Santos

A abordagem da gestão autônoma de medicação e suas contribuições para a autonomia dos usuários de serviços de saúde mental: uma experiência realizada no CAPS II do interior de Minas Gerais 306

Regiane Batista Pereira, João Vinícius dos Santos Dias

O desafio profissional frente às manifestações subjetivas nos serviços da Rede de Atenção Psicossocial e a possibilidade da práxis ética 318

Fernanda de Oliveira Guimarães

A Ergopsiquiatria clínica en train de se faire: (re)pensar a (im)possível atividade em Psiquiatria em processos de formação 330

Enio Rodrigues da Silva

O desafio do trabalho intersetorial entre CREAS e CAPS I no atendimento psicossocial a pessoas em situação de rua no município de Pitangui 351

Mônica do Pilar Santos, Márcia Maria Rodrigues Ribeiro, Jaqueline Lago

Promoção à saúde mental de adolescentes no retorno às aulas presenciais durante a pandemia de COVID-19: um relato de experiência sobre atuação em Paula Cândido (MG) 364

Iolanda Cotta Parma, Marcela Alves de Lima Santos

Possibilidades de abordagem do sofrimento e adoecimento: algumas questões para o Matriciamento em Saúde Mental 379

Luzmarina Morelo

Acolhimento como potencialidade em saúde mental em municípios de pequeno porte 393

Patrícia Adriana Rosa da Silva, Daniela de Melo Gomes, Alessandra Rios de Faria

Atendimento à crise de saúde mental na Atenção Básica: relato de experiência a partir do trabalho em um município do interior de Minas Gerais 408

Viviane Maria de Sousa Assunção, Isabella Cristina Barral Faria Lima

A trajetória de uma criança autista acompanhada pela Atenção Primária à Saúde: um relato de caso 428

Maria Mercedes Merry Brito

Seção 4

Recriar cada momento, atravessar fronteiras: concepções, experiências e desafios da Supervisão Clínico-Institucional na Atenção Psicossocial

Notas sobre a supervisão clínico-institucional 441

Arnor José Trindade Filho

Contribuições da supervisão clínico-institucional para o cuidado compartilhado e interdisciplinar na atenção psicossocial 448

Carolina Esselin de Sousa Lino, Tulíola Almeida de Souza Lima

A supervisão clínico-institucional enquanto dispositivo contínuo no campo da atenção psicossocial: uma construção com a gestão	460
<i>Fabiana Pimenta de Almeida, Márcia Maria Rodrigues Ribeiro</i>	
As supervisões clínico-institucionais no CAPS de Carandaí-MG: breve relato de uma experiência em construção	472
<i>Regina Célia Rodrigues Monteiro</i>	
CAPSi – Desafios do cuidado em liberdade para crianças e adolescentes: relato de experiência de supervisão clínico-institucional em Varginha, Minas Gerais (2019-2023)	483
<i>Roberta Ecleide de Oliveira Gomes Kelly</i>	
Saúde mental para crianças e adolescentes: uma experiência de supervisão clínico-institucional no Centro de Atenção Psicossocial Infantojuvenil do município de Itabira, Minas Gerais	496
<i>Dirley Lellis dos Santos Faria</i>	
Reflexões a partir de uma experiência de supervisão clínico-institucional no campo álcool e outras drogas	511
<i>Daniela Maria Dinardi Alves Pinto</i>	
A experiência da supervisão clínico-institucional em um município sul-mineiro: conquistas e o vir a ser	520
<i>Filippe de Mello Lopes</i>	
Supervisão na rede e a Psicanálise: um esforço de transmissão ..	529
<i>Juliana Meirelles Motta</i>	
Supervisão como campo de análise coletiva do trabalho: método e experiências na Saúde Mental	542
<i>Serafim Barbosa Santos Filho</i>	
Sobre os organizadores	562
Sobre os autores	564

Mensagem Institucional

A Escola de Saúde Pública do Estado de Minas Gerais (ESP-MG), ao longo dos seus 78 anos, tem atuado com foco e compromisso com a formação, a educação permanente, a pesquisa e a produção de conhecimentos em saúde pública no Estado de Minas Gerais.

Desde 1946, a ESP-MG vem contribuindo para a formação de trabalhadores e trabalhadoras da saúde, de gestores e de pessoas atuantes no controle social buscando sempre ampliar e diversificar sua área de atuação, incluindo ações voltadas para o cuidado em saúde mental. Na década de 90, a Escola tornou-se uma instituição de referência no apoio à construção da política de saúde mental no Estado de Minas Gerais. Assumiu um papel de protagonismo no seu processo de implementação, ao fomentar, por meio do desenvolvimento e oferta de ações educacionais, uma formação crítica e reflexiva para os trabalhadores do SUS em Minas Gerais, qualificando-os a atuarem no âmbito da gestão e do cuidado em Saúde Mental, a partir do paradigma da atenção psicossocial fundamentado pela Reforma Psiquiátrica Brasileira.

Diante da relevância da atuação para ações voltadas ao desenvolvimento da atenção em saúde mental no Estado de Minas Gerais, a ESP-MG segue sendo uma das referências no campo de conhecimento da saúde mental e permanece ofertando diversas ações educacionais como oficinas, cursos, encontros, seminários, além do Curso de Pós-Graduação lato sensu em Políticas de Saúde Mental e Atenção Psicossocial. Nessa perspectiva, este livro consolida o resultado de um trabalho primoroso desenvolvido por trabalhadores e trabalhadoras da saúde mental no Sistema Único de Saúde e contribui para o fortalecimento atenção psicossocial.

Mara Guarino Tanure

Diretoria Geral

Escola de Saúde Pública do Estado de Minas Gerais

Apresentação

Este livro reúne um conjunto de textos sobre o cuidado em liberdade em saúde mental que tem sido sustentado nas Redes de Atenção Psicossocial de diferentes municípios e regiões de Minas Gerais. Está dividido em seções que privilegiam ora a formação, ora a gestão, ora o cuidado e a clínica. Tem como autoras e autores: trabalhadores e trabalhadoras, ex-alunos e ex-alunas da Escola de Saúde Pública do Estado de Minas Gerais, militantes antimanicomiais, usuárias dos serviços de saúde mental, docentes, supervisores e supervisoras, pesquisadores e pesquisadoras que partilham princípios que fundamentam práticas no campo da atenção psicossocial no Sistema Único de Saúde.

A diversidade, a simplicidade, a força, a solidariedade, o acolhimento, a resistência, a coragem e o protagonismo, muitas vezes associados à Minas Gerais, estão presentes nas práticas de saúde mental e também nos diferentes textos que compõem este livro. Buscamos inspiração nas canções de Milton Nascimento e seus parceiros para organizá-los em diferentes seções e também para nomear o livro. A arte – aqui representada pelas canções que nos inspiraram – foi fundamental para seguirmos trabalhando, cuidando e criando em contextos adversos. Uma parte do que fizemos está registrada neste livro.

Compartilhamos aqui percursos, construções, experiências e elaborações sobre o cuidado e a cidadania das pessoas com sofrimento mental e com problemas associados ao consumo de drogas. Sabemos que permanecem em disputa, mas, sobretudo, expressam possibilidades de atenção em saúde mental que nos permitem afirmar que “nada será como antes”. Os manicômios não nos servem. A liberdade é o que nos orienta. Seguimos com nossas práticas e invenções cotidianas nos territórios em que atuamos.

Desejamos uma boa leitura!

Comissão Organizadora do Livro

Prefácio

Tempo e resistência: atenção psicossocial no território das Gerais

É muito importante o ofício de registrar em livro de múltiplos autores relatos e reflexões sobre uma tarefa em andamento. Imensa e intrincada tarefa, essa de construir no território respostas minimamente efetivas para os pedidos de ajuda que emanam do sofrimento individual e coletivo.

Nada será como antes: nada será sem o antes, amanhã. Eis a primeira dimensão, a do tempo, que percorre os ensaios e relatos das quatro partes deste livro. Como observador implicado da cena da reforma psiquiátrica mineira, percebo sempre um longo fio do tempo, invisível a olho nu, nas agudas análises dos desafios postos para a atenção psicossocial, e nos ricos relatos de experiências vividas nos diversos territórios do estado. Viés do observador? Talvez, mas o belo título escolhido pelos organizadores confirma estar presente ao longo dos capítulos esta fluência do tempo histórico e do tempo vivido.

Na Parte 1, onde a dimensão da política é mais evidente, o tempo diacrônico e sucessivo da História está presente nos ensaios sobre o processo de sustentação das mudanças na atenção, a assunção tardia da luta antirracista e decolonial pela reforma, a formação política dos usuários, os desafios da construção do cuidado em municípios de pequeno porte, além de outros temas. A Parte 2 apresenta ensaios sobre arte, cultura e cidadania, aspectos essenciais do cuidado psicossocial, que foram se construindo em processos, projetos e dispositivos, como os centros de convivência e cultura. Na Parte 3, experiências do cuidado psicossocial e ensaios sobre dispositivos estratégicos que a atenção psicossocial inventou apresentam-se ao leitor de modo muito vívido, como se ocorressem diante dos nossos olhos, no tempo simultâneo, sincrônico, experimentado no dia a dia do cuidado. A Parte 4 é dedicada

ao dispositivo estratégico da supervisão clínico-institucional, ancorada na política concreta desenvolvida em Minas Gerais através da indução financeira da gestão estadual.

A Escola de Saúde Pública do Estado de Minas Gerais tem sustentado há três décadas sua missão formadora no campo da saúde mental, convocando amplamente gestores, trabalhadores e usuários do imenso território mineiro. A agenda de formação propicia o compartilhamento de experiências locais, ao longo do tempo, construindo um corpus documental valioso sobre a implantação da reforma psiquiátrica no Estado, e sobre as formas diversificadas de tessitura do campo da atenção psicossocial. Este livro, com mais de 30 ensaios, é fundamental para sustentar firmemente a memória viva e atual de um desafio tão complexo. Nada será como antes, será um devir.

O antes é o manicômio? Sim, certamente. Mas o antes é também o abandono, o estigma, são as barreiras de acesso, a fragilidade evidente da articulação intersetorial, a baixa densidade do cuidado colaborativo entre os CAPS e a atenção primária, o número exíguo de centros de convivência e cultura e de unidades de acolhimento. O antes está também no hoje e no amanhã, nos sucedâneos do manicômio (comunidades terapêuticas, abrigos de crianças e de idosos, unidades socioeducativas), nos poderosos dispositivos de neoinstitucionalização (como o encarceramento em massa, estimulado pela legislação que criminaliza as drogas e pelo punitivismo arraigado nas instituições do estado e na cultura). Está na medicalização da infância e da vida, na produção de demanda induzida pela ampliação de etiquetas diagnósticas, que sufoca a atenção psicossocial e torna invisível o sofrimento trágico da infância. Assim, o êxito inegável da atenção psicossocial ao substituir o manicômio, continua sendo uma tarefa de resistência. Abriu novas fronteiras, novos desafios.

Nos últimos anos, a resistência ao desmonte da atenção psicossocial, nas cidades grandes e nos pequenos municípios, foi

vitoriosa. Os relatos aqui apresentados demonstram de modo enfático como o cuidado em liberdade se afirmou e se consolidou, atravessando os anos difíceis dos governos que tentaram destruir o SUS e a política de saúde mental. A experiência de Minas Gerais é exemplar: mostra como foi possível resistir ao desmonte, e prosseguir na construção do cuidado em liberdade, em cenários políticos adversos.

Este livro, uma coletânea valiosa de ensaios e experiências, será uma contribuição importante para trabalhadores, gestores, usuários e familiares implicados, nos diversos estados do país, no desafio de construir e sustentar o cuidado em liberdade.

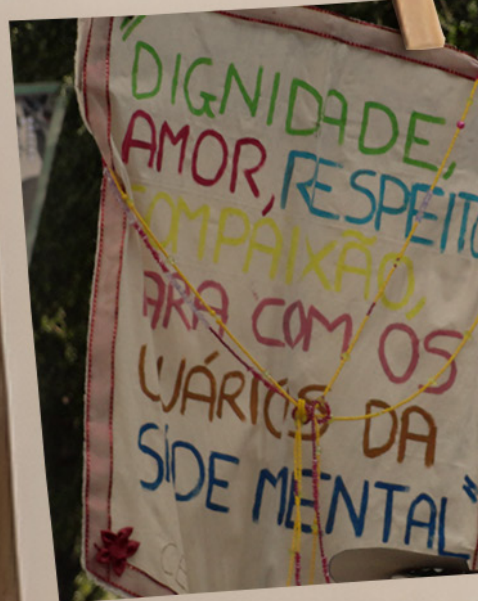
Pedro Gabriel Delgado

Professor da Faculdade de Medicina da Universidade Federal do Rio de Janeiro (URFRJ) e diretor do Instituto de Psiquiatria (IPUB).

Coordenador Nacional de Saúde Mental, Álcool e outras Drogas do Ministério da Saúde no período de agosto/2000 a dezembro/2010

■ O título do livro foi inspirado na música “Nada será como antes” de Milton Nascimento e Ronaldo Bastos. A música compõe o disco *Clube da Esquina*, lançado em 1972, pela Gravadora EMI-Odeon.

■ A foto utilizada na capa do livro foi cedida por Isabella Cristina Barral Faria Lima. Os bordados fotografados foram feitos pelas mulheres do Coletivo Linhas do Horizonte a partir da proposição de Gláucia de Fátima Batista.





O QUE VAI (E ESTÁ A) NASCER:

Modos de sustentação da
Política de Saúde Mental
Antimanicomial e da
Atenção Psicossocial

SEÇÃO 1



O título da seção 1 foi inspirado na música “Ao Que Vai Nascer” de Fernando Brant e Milton Nascimento. A música compõe o disco *Clube da Esquina*, lançado em 1972, pela Gravadora Emi-Odeon.



As fotos utilizadas na abertura desta seção foram cedidas por: Escola de Saúde Pública do Estado de Minas Gerais, Isabella Cristina Barral Faria Lima, Jamile Alves Pereira, Jarbas Vieira de Oliveira, Suzana de Almeida Gontijo e Valquíria Cássia Silva Moraes.

A formação em Saúde Mental na Escola de Saúde Pública do Estado de Minas Gerais: apostas, estratégias e compromissos

Ana Regina Machado
Alessandra Rios de Faria

1. Considerações iniciais

Desde o início dos anos 90, quando se inicia a implementação de uma Política de Saúde Mental fundamentada na Reforma Psiquiátrica Brasileira, a Escola de Saúde Pública do Estado de Minas Gerais (ESP-MG) tem se dedicado à formação de trabalhadores do Sistema Único de Saúde (SUS) para implementação e sustentação do cuidado em liberdade, no território e em rede que pudesse contribuir para a promoção de cidadania e autonomia das pessoas com sofrimento mental.

Se, a princípio, a ESP-MG ofertou por cerca de 12 anos uma Especialização em Saúde Mental, ao longo dos últimos 12 anos, tem diversificado sua oferta de ações educacionais. Neste período mais recente realizou: Residência Multiprofissional em Saúde Mental, em parceria com o município de Betim; Escola de Supervisores Clínico-Institucionais; Oficina sobre a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS); Oficinas de Educação Popular em Saúde Mental para populações assentadas e acampadas; Cursos de curta duração do Centro Regional de Referência sobre Drogas, em parceria com o município de Governador Valadares; Cursos de Atualização em Saúde Mental “Diálogos sobre princípios, práticas e saberes” para trabalhadores da Fundação Hospitalar do Estado de Minas Gerais (FHEMIG); Oficinas de Qualificação para as referências Técnicas em Saúde Mental; Curso Livre “Saúde Mental no SUS – Construindo resistências”; Curso Livre

“O cuidado em rede: saberes e práticas de atenção em Saúde Mental no SUS”; Especialização em Atenção a Usuários de Drogas; Percurso Formativo da RAPS de Betim, abarcando oficinas para agentes comunitários de saúde, cursos para trabalhadores de nível médio, supervisões de redes e serviços e supervisões clínico-institucionais; Oficinas sobre a Integralidade do Cuidado em Saúde Mental; Encontro de Centros de Convivência e Cultura; Especialização em Políticas de Saúde Mental e Atenção Psicossocial; Seminário sobre Supervisão Clínico-Institucional; Cursos *on-line* sobre Cuidado em Saúde Mental na Atenção Primária em Saúde e sobre Adolescência, privação de liberdade e suicídio; webinários; *podcasts*. Além disso, produziu, nesse período, três publicações: a cartilha “Cuidados em Saúde Mental: Diálogos entre o MST e o SUS”; o livro “Caminhando contra o Vento: cuidado e cidadania na atenção a usuários de drogas no SUS” e o guia “Guia para o Trabalho nas redes de atenção psicossocial em Minas Gerais: diretrizes e orientações”.

A maior parte dessas ações foram desenvolvidas de modo presencial, concentradas em Belo Horizonte, onde fica a sede da escola. Outras foram realizadas descentralizadamente, com viagens de docentes até os municípios onde foram realizados os encontros formativos.

Apesar de contar com uma equipe reduzida dedicada às ações de saúde mental (variando de dois a quatro trabalhadores e trabalhadoras, de um a dois estagiários e estagiárias ao longo dos anos)¹, a ESP-MG sempre compreendeu a importância da formação para a sustentação

¹ Diferentes trabalhadores realizaram ações de saúde mental na ESP-MG, em distintos períodos, entre os anos 2012 e 2023. Citamos aqui colegas que passaram pela ESP-MG: Ana Marta Lobosque, Bianca Ruckert, Daniene Cássia dos Santos, Marcelo Arinos Drummond Júnior, Rodrigo Chaves Nogueira e Thuanne Bárbara Rodrigues (estagiária). Citamos também colegas que permaneceram ou que chegaram à ESP-MG e que atualmente sustentam a oferta de ações formativas em saúde mental: Alessandra Rios de Faria, Ana Regina Machado, Gustavo Dias Ribeiro (estagiário), Júlia Maria de Souza Farias (estagiária), Luzmarina Morelo, Priscila Rayane Lopes Moraes.

do cuidado antimanicomial em saúde mental no SUS. Mesmo em momentos políticos favoráveis, sabíamos dos desafios envolvidos na formação em saúde mental. O projeto da Reforma Psiquiátrica sempre esteve e ainda permanece em disputa. Oliveira (2010) contribui para a compreensão dos movimentos envolvidos na formação para a afirmação de um modo de atenção em saúde mental:

[...] aqueles que militam no campo do instituinte, que militam no campo da produção de uma alternativa ao que já está estabelecido como sendo realidade, buscando instituir os saberes e práticas que são candidatos à realidade, aqueles saberes e práticas utópicos necessários, concorrem em condições muito desiguais com os saberes e práticas já estabelecidos e hegemônicos. A mera invocação de uma pretensa superioridade das suas racionalidades ou da sua ética, ainda que seja um bom argumento, não lhes garante passagem. Portanto, sobre esses saberes e práticas que são candidatos à realidade recai todo o ônus da viabilização daquelas condições políticas vitais para sua autoexpressão. Mais do que a força de sua racionalidade, será sua competência estratégica que permitirá seu estabelecimento. (Oliveira, 2010, p. 37)

Compreendemos que a competência estratégica que o autor menciona vai muito além da formação, mas certamente a envolve. Entendemos que a formação é parte do processo de superação da lógica manicomial no campo da Saúde Mental. Autores como Amarante (2010), Costa-Rosa e Yasui (2008), Lobosque (2010) e Santos (2018) mostraram-nos como a formação para o trabalho em saúde mental enfrenta grandes desafios. A formação da graduação da maior parte dos trabalhadores e trabalhadoras da saúde ainda se sustenta no modelo biomédico, em que o foco está no diagnóstico de doenças, na indicação de exames e administração de medicação, pouco conectada com os reais problemas de saúde da população. Além disso, pauta-se num modelo de processo de trabalho baseado no individualismo e no especialismo, logo, fragmentado, no qual cada trabalhador atua sozinho a partir dos seus conhecimentos, com pouca porosidade para acolher e validar os saberes do usuário, com pouca ou nenhuma construção coletiva. Os desafios para a formação em saúde mental

são muito próximos dos desafios para o trabalho no SUS em geral. No entanto, o compromisso com a política de saúde mental, fundamentada nos princípios da Reforma Psiquiátrica, produz, no campo da formação, outras tensões e disputas, bem como a necessidade de invenção de práticas e produção de conhecimentos que fundamente o cuidado em liberdade orientado pela promoção de cidadania e autonomia das pessoas com sofrimento mental e/ou em uso prejudicial de álcool outras drogas. Abrahão, Azevedo e Gomes (2017) afirmam que mudar o paradigma de cuidado no campo da saúde mental requer operar mudanças no processo de formação.

Neste texto, gostaríamos de apresentar e discutir algumas estratégias que temos adotado na ESP-MG para contribuir para a formação em saúde mental para os trabalhadores do SUS em Minas Gerais.

Antes de adentrarmos propriamente na questão, gostaríamos de destacar que os retrocessos e as tentativas de desmonte das políticas de saúde mental, assim como a pandemia de COVID-19, produziram mudanças na oferta das ações educacionais e também novos sentidos para essas ofertas. Não recuamos e não paralisamos. Sustentamos o que foi possível sustentar, inventamos, buscamos parceiros, ousamos chegar em regiões de Minas aonde não chegávamos, passamos a valorizar diferentes formatos de ações educacionais, sempre inspirados pela educação permanente em saúde e pela afirmação de um modo de atenção psicossocial coerente com os princípios da Reforma Psiquiátrica. Podemos perguntar, com Oliveira (2010), se nos tornamos mais estratégicos no campo da formação em saúde mental.

2. Apresentando algumas de nossas ações

Apresentamos três ações formativas da área de saúde mental realizadas pela ESP-MG mais recentemente: os webinários, as oficinas sobre a Integralidade do Cuidado em Saúde Mental e a Especialização em Políticas de Saúde Mental e Atenção Psicossocial. Ações com

formatos, alcances e intencionalidades muito diferentes que têm se apresentado como recursos estratégicos para a formação em saúde mental.

2.1 Webinários

Entre 2020 e 2022, realizamos 13 webinários na área de saúde mental. Na ESP-MG, fomos pioneiros nesta modalidade de oferta. Ainda que sem conhecer as tecnologias, sem saber quais repercussões e alcance, preparamos a primeira série que teve como título “Saberes e Práticas nas RAPS de Minas: a sustentação do cuidado em liberdade”. Esta envolveu a realização dos seguintes webinários “Saúde Mental na Atenção Primária a Saúde: práticas para a sustentação do Cuidado”, “Atenção na RAPS: cuidado na vida, cuidado na crise” e “Participação dos usuários na produção do Cuidado”.

A segunda série, por sua vez, realizada no primeiro semestre de 2021, teve como tema “Supervisão clínico-institucional e suas contribuições para o fortalecimento das RAPS de Minas” e contou com os seguintes webinários: “Atenção psicossocial nas redes de saúde mental: razões para fortalecê-la”; “Supervisão clínico-institucional: proposições para as RAPS de Minas” e “Supervisão clínico-institucional: compartilhando experiências das RAPS de Minas”. A terceira série, realizada no segundo semestre de 2021, teve como tema “Leitos de saúde mental em hospitais gerais: quais possibilidades de atenção nas RAPS?”. Nesta foram discutidos, mediante webinários, os seguintes temas: “Leitos de saúde mental em hospitais gerais: contribuições e desafios para o cuidado nas RAPS”; “Leitos de saúde mental em hospitais gerais: quais práticas de atenção têm sido produzidas?” e “Atenção em leitos de saúde mental em hospitais gerais: compartilhando experiências das RAPS”.

A quarta série, realizada no primeiro semestre de 2022, teve como tema “Conferência de saúde mental: garantindo políticas públicas, cuidado e cidadania nos territórios”, desenvolvida nos respectivos webinários: “Conferência de saúde mental: o porvir do cuidado em

liberdade da infância e da adolescência”; “Conferência de saúde mental: os desafios do cuidado em liberdade às pessoas que fazem uso prejudicial de álcool e outras drogas” e “Conferência de saúde mental: a desinstitucionalização como resgate e afirmação da cidadania”. Por fim, no segundo semestre de 2022, realizamos o webinar “Gestão e cuidado nas RAPS de Minas: proposições e desafios”. Cerca de 2000 pessoas participaram dos webinários em tempo real. Todos os webinários permanecem disponíveis no canal do Youtube da ESP-MG e continuam sendo acessados.

É importante destacar que essa ação foi desenvolvida em parceria com a Diretoria de Saúde Mental, Álcool e outras Drogas (DSMAD) da Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais (SES-MG). Os temas das séries foram definidos coletivamente e consideraram os movimentos e ações das Políticas de Saúde Mental em Minas Gerais, bem como as necessidades de formação dos trabalhadores e trabalhadoras dos serviços de saúde mental. Os expositores convidados tinham diferentes formações, inserções e práticas: eram usuários dos serviços de saúde mental, gestores, professores universitários, trabalhadores do campo da atenção em saúde mental de municípios de pequeno, médio e grande porte, militantes de movimentos sociais e também trabalhadoras da ESP-MG.

Os webinários foram uma aposta para compartilhar discussões importantes de maneira rápida, de fácil acesso, sem custos e deslocamentos. Não tinham o propósito de aprofundar debates e reflexões, mas de pautar alguns temas, aproximar e mobilizar trabalhadores de saúde mental para os desafios e propostas que se apresentavam no contexto de pandemia e de retrocessos das políticas de saúde mental. Por meio do *chat*, era possível estabelecer algumas interações com os participantes, mas desde o início da ação reconhecíamos as limitações deste formato para sustentar maiores implicações, análises e transformações nos serviços. Percebemos que, com a possibilidade de retomada dos espaços de encontro e formação

presenciais, os webinários foram se reconfigurando e deixaram de ser uma oferta frequente, mas permanecem como um recurso estratégico para alcançar um público maior e em diferentes regiões do estado, que ainda pode ser utilizado em alguns momentos.

2.2 Oficinas sobre a Integralidade do Cuidado em Saúde Mental

Em 2019, em meio a retrocessos da Política de Saúde Mental no Brasil e às dificuldades de municípios mineiros para sustentar a atenção psicossocial, a ESP-MG e DSMAD da SES-MG propuseram a realização de Oficinas sobre a Integralidade do Cuidado em Saúde Mental, buscando contribuir para a formação de trabalhadores e para o fortalecimento das Redes de Atenção Psicossocial (RAPS) em Minas Gerais (MG).

A proposta inicial era realizar uma ação presencial de 56 horas em cada uma das 14 macrorregiões de saúde do Estado de Minas Gerais. Em 2020, durante a pandemia, as Oficinas foram adaptadas para o formato *on-line* que ainda permanece na oferta atual. Cada Oficina tem uma carga horária de 45 horas, distribuídas em 11 encontros remotos síncronos e duas atividades assíncronas. Até novembro de 2023, foram realizadas 9 Oficinas com a participação total de cerca 630 trabalhadores de municípios localizados em áreas de abrangência de 19 das 28 Unidades Regionais de Saúde da SES-MG.

Antes do início de cada turma, realiza-se um encontro preparatório que permite uma primeira aproximação de trabalhadores e gestores de saúde mental dos municípios participantes, bem como dos desafios e das potências das redes em que atuam. Neste encontro, identifica-se temas de importância regional que são incluídos nas Oficinas, tais como: Atenção em saúde mental como direito, medicalização da vida, judicialização em saúde mental e saúde mental em contexto de pandemia. Além disso, em cada Oficina são abordados outros seis temas previamente definidos: Reforma psiquiátrica e atenção psicossocial; gestão e cuidado na RAPS; atenção às crises; cuidado na atenção básica; cuidado a crianças e adolescentes; cuidado às pessoas que fazem uso de álcool e outras drogas. Por fim, em dois encontros também são

realizadas práticas supervisionadas, orientadas à construção de casos clínicos apresentados pelos participantes. Os temas são desenvolvidos por docentes com distintas inserções e formações: trabalhadores das RAPS, gestores, docentes da ESP-MG e de universidades, militantes de movimentos sociais, usuários dos serviços de saúde mental e familiares. Diálogos são produzidos a partir dos desafios e embaraços do cotidiano do trabalho, bem como dos arranjos e invenções de cuidado em saúde mental nos municípios. Nos encontros, os diferentes saberes e experiências são compartilhados e colocados em diálogo.

As Oficinas têm alcançado uma capilaridade expressiva, possibilitando a participação de trabalhadores de municípios distantes da capital do Estado, os quais não acessavam as ações formativas da ESP-MG. No entanto, percebe-se a necessidade de associá-las a ações formativas mais extensas para que ampliem o potencial de transformação de práticas na perspectiva apontada pela integralidade do cuidado e pela atenção psicossocial. Percebe-se, a partir da aproximação da realidade dos distintos territórios mineiros, a importância de fomentar ações que possam fortalecer o cuidado em liberdade e fazer frente à cultura e práticas manicomiais, ainda muito presentes em algumas regiões de MG.

2.3 Especialização em Políticas de Saúde Mental e Atenção Psicossocial

Em 2019, a ESP-MG resolveu retomar a oferta de Cursos de Especialização na área de Saúde Mental. Organizamos, então, a primeira turma da Especialização em Políticas de Saúde Mental e Atenção Psicossocial, que deveria ter iniciado em junho de 2020. O contexto de pandemia levou ao adiamento do início do Curso, o qual só se deu em setembro de 2021 e de modo *on-line*, a partir de uma flexibilização do Conselho Estadual de Educação, já que a ESP-MG possui autorização apenas para a oferta de cursos presenciais de pós-graduação. Assim, as aulas da Especialização começaram de maneira síncrona e remota e permaneceram nesta modalidade por 5 meses. Em março de 2022, as aulas voltaram a ser presenciais. Interessante pontuar que, ainda que a

turma avalie que o período de aulas remotas trouxe facilidades, pois não exigia deslocamentos e gastos financeiros, por outro lado, foi no modo presencial que o Curso proporcionou maiores ganhos para a formação. Percebeu-se que as discussões se tornaram mais ricas e aprofundadas, que os aprendizados se ampliaram e se diversificaram e que os laços entre colegas se fortaleceram. A primeira turma finalizou em maio de 2023 e uma nova turma começou em outubro do mesmo ano.

A Especialização foi e tem sido ofertada com o objetivo de promover a formação crítica e reflexiva de trabalhadoras/es e gestoras/es do Sistema Único de Saúde – SUS, em Minas Gerais, para que possam atuar a partir do paradigma da atenção psicossocial, qualificando o cuidado nas redes de serviços do SUS de diferentes municípios e construindo respostas aos processos de adoecimento e sofrimento mental da população mineira. O curso tem carga horária de 368 horas, distribuídas em oito módulos: a) Saúde Coletiva, Reforma Sanitária e Sistema Único de Saúde, b) Saúde, Sociedade, Loucura e Sofrimento Mental, c) Atenção Psicossocial: campo de saberes e práticas, d) Políticas e práticas de atenção em saúde mental, e) Atenção Psicossocial junto a pessoas atingidas por desastres e crimes ambientais, f) atenção Psicossocial a crianças e adolescentes, g) atenção Psicossocial às pessoas em uso prejudicial ou dependente de drogas e h) produção de TCC: formatos e metodologias.

A Especialização, embora se destine apenas a 45 trabalhadores/ alunos, tem se apresentado como espaço importante para aprofundamento de estudos e diálogos sobre os desafios do cuidado em saúde mental nos territórios a partir de uma lógica antimanicomial. São frequentes os relatos de alunos que afirmam que não possuem preparo para o cuidado em saúde mental no SUS e que muitos de seus colegas de trabalho insistem em realizar exclusivamente práticas ambulatoriais. Transcorridos mais de 30 anos do início do processo de Reforma Psiquiátrica e da implementação de uma política de saúde mental, muito pouco é ofertado nas graduações sobre a atenção

psicossocial. Muitos alunos afirmam que na Especialização, pela primeira vez, puderam compreender melhor as tarefas que têm neste campo, se sentiram acolhidos e apoiados para seguirem trabalhando nas Redes de Atenção Psicossocial e do SUS. Muitas trocas, aprendizados e redes têm sido produzidas.

Importante dizer que a retomada da oferta da Especialização se deu com a inclusão da temática da atenção psicossocial em situações de desastres de mineração, já que foi proposta logo em seguida à ocorrência ao desastre da Vale do Rio Doce, ocorrido em Brumadinho/MG. A partir dos diálogos e apontamentos construídos pela primeira turma, houve a inclusão da temática do racismo e sofrimento mental na proposta curricular da segunda turma. Podemos dizer que há uma permeabilidade do curso às demandas e necessidades de formação em saúde mental que têm se apresentado em contextos mais recentes.

Vale a pena considerar também que os docentes da Especialização, em sua maioria, são trabalhadores ou ex-trabalhadores das redes de saúde mental do SUS, o que favorece um diálogo permanente sobre os desafios apontados pelos alunos. Além disso, a Especialização contou com muitos docentes convidados: pesquisadores, professores universitários, trabalhadores, gestores e militantes de movimentos sociais. Trata-se de uma formação intensa, diversa e que tem se mostrado necessária para o fortalecimento da atenção em saúde mental no SUS.

3. Apostas e compromissos das nossas ações educacionais

Tendo trazido um breve panorama de algumas das ações desenvolvidas no campo da saúde mental pela ESP-MG, cabe-nos perguntar: Como a formação pode (ou não) fortalecer ações de cuidado pautadas nos direitos humanos, na cidadania e na produção de subjetividades livres e circulantes? Como a formação contribui (ou não) à Reforma Psiquiátrica e ao modo de atenção psicossocial?

3.1 O modo de atenção psicossocial e a reforma psiquiátrica brasileira: compromissos éticos e políticos das nossas ações educacionais

As ações educacionais em saúde mental ofertadas pela ESP-MG sempre se orientaram pela afirmação de um modo de atenção, a atenção psicossocial, compreendida como um campo de práticas e saberes que emerge a partir da implementação de uma Política de Saúde Mental no SUS que compõe um projeto maior, a Reforma Psiquiátrica Brasileira. Sabemos que, nos últimos anos, ocorreram retrocessos nessa política em âmbito nacional. No momento atual, o Ministério da Saúde tem emitido posicionamentos afirmando a retomada do compromisso da Política de Saúde Mental com o projeto da Reforma.

Mesmo diante das inconstâncias desta política, a ESP-MG vem sustentando uma formação no campo da atenção psicossocial. Mas como podemos definir esse modo de atenção? Como as ações educacionais da ESP-MG têm contribuído para o seu fortalecimento?

A Atenção Psicossocial pode ser entendida como um campo que vem se constituindo a partir da constatação da diversidade de necessidades que surgem quando o foco da atenção deixa de ser a doença e passa a ser a pessoa em sua existência-sofrimento, em seu contexto, em suas relações sociais (Amarante, 2007). Ou seja, a Atenção Psicossocial é um modo de cuidar de pessoas que vivenciam processos de sofrimento/adoecimentos mentais que se interessa e considera suas vidas e não somente suas doenças e seus sintomas. Envolve um conjunto de saberes, tanto os profissionais do campo da saúde (Terapia Ocupacional, Psicologia, Psiquiatria, Enfermagem, Medicina, Serviço Social, dentre outros), quanto saberes dos usuários, dos familiares, dos vizinhos, da comunidade, dos músicos, dos artistas, dos poetas etc. Envolve também um conjunto de práticas dos serviços de saúde importantes para a vida dos usuários, como também as práticas de outros setores (assistência social, educação, cultura, lazer, habitação etc.), dos territórios, das comunidades. Envolve muita construção e invenção para considerar os desafios que se apresentam na vida das

peessoas com sofrimento mental vivendo nas cidades, em liberdade (Minas Gerais, 2022).

As tarefas do campo da Atenção Psicossocial são muitas e dizem respeito à produção de cuidado, de cidadania e autonomia. Portanto, não se trata de um cuidado qualquer, mas de um cuidado atento às necessidades de cada usuário/a em diversos momentos de sua vida, um cuidado que considere as singularidades, as potencialidades, os sofrimentos, os embaraços, aquilo que se apresenta como insuportável para cada um/a, o cotidiano de cada um/a e as condições concretas de vida. Hoje estamos mais atentos a tantos outros processos sociais, históricos e culturais que se apresentam na vida das pessoas que cuidamos, além dos sofrimentos e adoecimentos mentais, o racismo, desigualdade social, a desclassificação social, desemprego, a pobreza, violência, discurso de ódio, políticas de inimizades, a intolerância com as diferenças... Não dá para desconsiderar tudo isso na produção do cuidado em saúde mental. O cuidado é também sobre isso e a partir disso. Buscamos afirmar um cuidado que não se desconecta da vida como ela é (Yasui; Luzio; Amarante, 2018).

Entendemos que nosso desafio, no campo da formação, passa tanto pela criação de articulações entre as práticas em serviços da RAPS e do SUS com as Políticas de Saúde Mental e com o processo de Reforma Psiquiátrica, quanto pela apropriação de saberes e práticas do campo da Atenção Psicossocial. Trabalhadores, seja no campo da atenção ou gestão, é que podem dar materialidade, fazer acontecer o cuidado em liberdade, o cuidado no território, o cuidado em rede.

Em todas as ações que desenvolvemos na ESP-MG, seja em ações com grande alcance, com baixa possibilidade de interação e de curta duração, como os webinários; seja em ações com alcance, interação, duração e aprofundamentos medianos, como as Oficinas sobre a Integralidade do Cuidado em Saúde Mental; ou em ações de longa duração, com alcance reduzido, com interação e aprofundamentos maiores, buscamos demonstrar que estamos situados em um campo

político, ético e técnico. Temos uma política a nos orientar, saberes que fundamentam um modo de atenção nos serviços da RAPS e um compromisso com os direitos humanos, com as singularidades e com a vida das pessoas com sofrimento mental e/ou com problemas associados ao consumo de drogas. Temos práticas a inventar e conhecimentos a produzir. Conteúdos, docentes e metodologias são cuidadosamente escolhidos nas ofertas de ações formativas no campo da saúde mental da ESP-MG.

3.2 A Educação Permanente em Saúde: um orientador político pedagógico das nossas ações educacionais

Na oferta das ações formativas da ESP-MG, a Educação Permanente em Saúde (EPS) tem nos orientado na construção de um certo modo de fazer.

Rezio, Conciani e Queiroz (2020) contribuem para a compreensão da concepção de formação que temos sustentado na ESP-MG. De acordo com os autores “[...] não é uma relação de ensinar e aprender, mas sim uma formação mediada pelo contexto e pelo coletivo, de caráter dinâmico, direcionada à ampliação de significados, mediante a participação e reflexão de todos, por meio do processo de trabalho” (Rezio; Conciani; Queiroz, 2020, p. 3).

Como propõe Rovere, citado por Ceccim (2005), não queremos “forjar profissionais que detenham o monopólio de um saber, um campo de conhecimento ou um conjunto de técnicas, mas profissionais que tenham compromisso com um objeto e com a sua transformação”. Cecim acrescenta “em alteridade com os usuários e em composição de coletivos organizados para a produção da saúde” (Ceccim, 2005, p. 977).

Assim, a aposta da formação está na problematização dos processos de trabalho e dos embaraços que se apresentam na produção do cuidado e da gestão. Pedimos, em sala de aula, que as alunas-trabalhadoras tragam questões dos serviços, dificuldades, obstáculos, desconfortos, e estes são o motor do processo de discussão, reflexão

e elaboração da turma. É interessante percebermos como a turma vai comparando, igualando, diferenciando o que os colegas trazem das próprias experiências e desafios diários. Essas trocas aproximam os colegas, tornam as discussões mais ricas e complexas, mostram peculiaridades das diversas regiões de saúde do estado de Minas Gerais. E, neste sentido, da complexidade e amplitude das discussões, convidamos diferentes atores para dialogar e refletir. Ou seja, para os embaraços do trabalho se apresentam a partir de diferentes olhares e articulando diferentes saberes. Por isso, valorizamos, em todas as nossas ações, interlocutores com diferentes trajetórias de vida e de formação. Como dissemos anteriormente, dialogamos com usuários, familiares, gestores e trabalhadores, acadêmicos, pesquisadores, militantes de movimentos sociais. Assim como concebemos no modo psicossocial, não há saber único que dê conta das demandas que se apresentam nos serviços. Acreditamos, com Yasui e Costa-Rosa (2008), na importância da discussão e do trabalho em equipe, a partir de múltiplos saberes e de práticas transdisciplinares. Esse diálogo e compartilhamento favorece a construção de alternativas mais interessantes para os embaraços encontrados.

A EPS nos permite compreender ainda que a formação é também momento e espaço de acolhimento das diferenças, de escuta atenta aos sofrimentos que podem advir no trabalho, de problematização e enfrentamento às assimetrias de poder. Contribui para a proposição de diversas metodologias que podem favorecer o debate, o tensionamento, a criação e a inovação.

Nas ações que desenvolvemos, em seus diferentes formatos (webinários, oficinas, especializações, dentre outros), buscamos sempre valorizar o diálogo de e sobre saberes que permitam lidar com as singularidades, com as necessidades, com os processos de sofrimento/adoecimento mentais, com as histórias, as culturas e os quereres das pessoas atendidas nas RAPS. Buscamos acolher e escutar o cotidiano dos diferentes territórios, privilegiando o local, o cotidiano.

Entendemos que, tudo isso, pode permitir novas compreensões, pode também ativar novas possibilidades de trabalho, formar novas redes, transformar práticas.

Nas ações que realizamos há, portanto, espaço para reflexões, diálogos, interações, afetos, compartilhamentos, construções e invenções sempre considerando as atualizações conceituais e teóricas, ou seja, o conhecimento já produzido e o campo ético e político em que o cuidado em saúde mental está inserido. Os princípios do SUS e da Reforma psiquiátrica antimanicomial são sempre alicerces, caminhos e orientadores para a formação que temos sustentado.

4. Considerações finais

Apresentamos aqui algumas das ações educacionais desenvolvidas no campo da saúde mental pela ESP-MG nos últimos anos e a aposta feita de diversificar as estratégias de formação.

Acontecimentos recentes – como a tentativa de desmonte e fragilização das políticas de saúde mental e do modo de atenção psicossocial e a pandemia de COVID-19 – nos colocaram diante da necessidade de estarmos mais próximos e promover apoio e formação aos trabalhadores e trabalhadoras das redes de saúde mental do SUS em Minas Gerais. Para tanto, foi necessário modificarmos a oferta de ações educacionais, ampliamos intenções e alcances e diversificamos formatos, sem abandonarmos os compromissos éticos, teóricos e políticos com a sustentação do cuidado em saúde mental no SUS, em liberdade, em rede, nos territórios.

Nestas novas apostas, a concepção político/pedagógica/metodológica da educação permanente tem nos auxiliado na proposição de diferentes estratégias para problematizar o trabalho, favorecer a construção democrática e horizontal de conhecimento e possibilitar a participação de diferentes sujeitos com seus diversos saberes e trajetórias.

Reconhecemos a importância de investir permanentemente na formação de diferentes sujeitos para o cuidado em saúde mental, buscando afirmar um modo de atenção que, embora esteja em construção há cerca de 30 anos, ainda permanece em disputa entre trabalhadores, gestores e também no campo social. É importante destacar que reconhecemos a insuficiência da formação para o enfrentamento de todos os desafios que se apresentam nas redes de saúde mental no SUS. É preciso discutir e enfrentar os graves problemas da gestão do trabalho em saúde como a precarização dos vínculos e das condições de trabalho – salário, equipe suficiente, condições para realização da tarefa da atenção psicossocial. É preciso discutir, refletir e enfrentar as forças políticas que atacam a lógica e as propostas antimanicomiais. É preciso entender o tempo presente, seus valores, suas políticas nem sempre declaradas (individualismo, consumismo, medicalização da vida, racismo, políticas de inimizades, de ódio, de morte, dentre outros) e seus impactos na produção de subjetividades e de relações cotidianas. Sabemos que muitos são os obstáculos para a promoção do cuidado em liberdade, da cidadania e da autonomia de pessoas com sofrimento mental e/ou em uso prejudicial de álcool e outras drogas.

Sem desconsiderar tudo isso, reconhecemos o campo da formação como espaço de resistir, de compreender nossas tarefas, de apropriar dos princípios e diretrizes que orientam o trabalho no SUS, de inovar e criar possibilidades cotidianas. Campo de aprendizados, de apostas, de (re)construção de estratégias e de contribuições para as transformações nos modos de cuidado. Seguimos com nossos compromissos e invenções!

REFERÊNCIAS

ABRAHÃO, Ana Lúcia, AZEVEDO, Flávia Fasciotti Macedo; GOMES, Maria Paula Cerqueira. A produção do conhecimento em saúde mental e o processo de trabalho no Centro de Atenção Psicossocial. **Trabalho, Educação e Saúde**, Rio de Janeiro, v.15, n. 1, p. 55-71, 2017.

AMARANTE, Paulo. **Saúde Mental e Atenção Psicossocial**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2007.

AMARANTE, Paulo. Algumas observações críticas sobre a formação em saúde mental. In: LOBOSQUE, Ana Marta (org.). **Caderno Saúde Mental 3 - Saúde Mental: Os Desafios da Formação**. Belo Horizonte: ESP-MG, 2010. p. 95-105.

CECCIM, Ricardo Burg. Educação Permanente em Saúde: descentralização e disseminação de capacidade pedagógica na saúde. **Ciência e saúde Coletiva**, v.10, p. 975-986, 2005.

MINAS GERAIS. Escola de Saúde Pública. **Guia para o trabalho nas redes de atenção psicossocial em Minas Gerais**: diretrizes e orientações. Belo Horizonte: ESP-MG, 2022.

LOBOSQUE, Ana Marta. A formação em saúde mental: ousemos avançar. In: LOBOSQUE, Ana Marta (org.). **Caderno Saúde Mental 3 - Saúde Mental: Os Desafios da Formação**. Belo Horizonte: ESP-MG, 2010. p. 107-113.

OLIVEIRA, Marcos Vinícius. A instituição do novo: preparando para o trabalho com a coisa mental. In: LOBOSQUE, Ana Marta (org.). **Caderno Saúde Mental 3 - Saúde Mental: Os Desafios da Formação**. Belo Horizonte: ESP-MG, 2010. p. 37-46.

SANTOS, Daniene Cássia. Caminhos e descaminhos da formação em Saúde Mental: In: MACHADO, Ana Regina; SANTOS, Daniene Cássia; SANTOS, Maíra Porã; NOGUEIRA, Rodrigo Chaves (orgs). **Caminhando contra o vento: o cuidado e a cidadania na atenção a usuários de drogas no SUS**. Belo Horizonte: ESP-MG, 2018, p. 395-405.

YASUI, Silvio; COSTA-ROSA, Abílio. A Estratégia Atenção Psicossocial: desafio na prática dos novos dispositivos de Saúde Mental. **Saúde em Debate**, vol. 32, núm. 78-79-80, jan-dez, 2008; 27-37.

YASUI, Silvio.; LUZIO, Cristina Amélia.; AMARANTE, Paulo. Atenção Psicossocial e atenção básica: a vida como ela é no território. **Rev. Polis e Psique**, vol. 1, 2018;173-190.

REZIO, Larissa de Almeida; CONCIANI, Marta Ester; QUEIROZ, Marilene Alves. O processo de facilitação de educação permanente em saúde para formação em saúde mental na Atenção Primária à Saúde. **Interface**, Botucatu, v. 24. 2020. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/jicse/a/tTrmWMnvcgfwQnMTgBrwwnK/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 14 out. 2023.

Experiências de formação política dos usuários em oficinas e eventos promovidos pela associação dos Associação dos Usuários dos Serviços de Saúde Mental de Minas Gerais: possibilidades e desafios

Laura Fusaro Camey

A Rede de Atenção Psicossocial de Belo Horizonte foi fundada a partir da união de usuários e trabalhadores que ousaram questionar o hospital psiquiátrico como instituição insubstituível no trato com a loucura. Baseando-se nas experiências italianas e algumas nacionais, como a da cidade de Santos em São Paulo, foi um projeto ousado que contou com a participação ativa dos usuários não só para a sustentação política da rede nascente, mas também para pensar os processos de trabalho, a organização do serviço e a própria clínica psicossocial. Temos que lembrar que, naquela época, não havia muitos referenciais teóricos nem normativos para guiar os serviços, mas tinha desejo, e muito desejo, de se fazer algo diferente.

O entendimento que os usuários são peças fundamentais para criar e sustentar uma rede substitutiva aos manicômios advém da própria ética antimanicomial. Afinal, de que adianta fazer mais uma instituição à revelia daqueles que a frequentam? Mais do que uma luta por novas práticas, a luta antimanicomial é uma luta por um novo local social para a loucura não só fora dos serviços, mas principalmente dentro. O local de um corpo “doente” submetido ao tratamento de outros é em si um arrocho da cidadania. Apenas quando o cuidado é construído com o usuário, a partir de um local e entendimento de cidadania, é que podemos dizer de fato de cuidado. Todo o resto é uma simples imposição de conhecimentos, protocolos e processos de trabalho que não dialogam em nada com o sujeito que as recebe.

É claro que ter um serviço aberto no território, sem celas fortes, com possibilidades de escolha da hora do banho, das roupas, a possibilidade de visitas durante todo o horário de funcionamento ou de passeios e saídas e o entendimento que simplesmente manter uma pessoa dentro de uma instituição não produz efeitos terapêuticos é fundamental. Mas não basta. O local de cidadania exige que os usuários saiam da posição de receptores de terapias, intervenções e remédios e desloquem-se para um local de corresponsabilização, não apenas do seu próprio tratamento, mas com a política de saúde que sustenta sua liberdade. Porém, isso não é possível sem que os usuários conheçam a história, as leis e os princípios que sustentam a Reforma Psiquiátrica Brasileira Antimanicomial e do Sistema Único de Saúde.

Daí também advém do porquê os serviços foram concebidos com uma política de prolíferas assembleias. Através da troca entre usuários e trabalhadores é possível ampliar nossos horizontes, alçar novos voos democráticos e inovar nas práticas de cuidado. Mais que isso, surgia o entendimento de que usuários precisavam se unir em associações e construírem, por si próprios, ações, estratégias, formação e eventos. Essa ideia de usuários formando usuários e assumindo o protagonismo da luta antimanicomial é evidenciado, por exemplo, em 2004, quando o Ministério da Saúde financia a ASUSSAM-MG para realizar o Projeto “Saúde Mental em Letras Mineiras”, com rodas de formação nos CAPS do Estado, então recém-nascidos, para dizer dos direitos e deveres que advém com a conquista de cidadania.

Não é possível fornecer informações sobre todo o histórico de ações no campo da formação política antimanicomial realizada pela ASUSSAM-MG ao longo de sua trajetória. Com origem em 1994, muitas coisas certamente se perderam e, aquelas que permanecem na memória, são muitas para serem listadas aqui. Enfim, fica evidenciado que o movimento social tomou para si a responsabilidade não somente de resguardar os princípios, a política e a utopia de uma sociedade sem manicômios, mas de formar e qualificar pessoas para somarem-se em

sua defesa. Porém, observamos que houve um abandono do Estado quanto a sua responsabilidade de promover espaços de discussão da política, dentro e fora dos serviços, o que traz certas consequências para o campo da defesa dos direitos. Para ilustrar os problemas advindos dessa abstenção, será utilizado como exemplo três momentos de formação realizadas pela ASUSSAM-MG nos últimos anos, suas potências e suas limitações.

1. Encontro Metropolitano de Usuários dos Serviços de Saúde Mental e seus Familiares (2019)

O evento foi realizado em uma tarde do dia 10 de outubro de 2019, no Centro de Atividades Didáticas de Ciências Naturais da Universidade Federal de Minas Gerais (CAD 1/UFMG), com a presença de 17 municípios mineiros e mais de 270 pessoas, dentre as quais cerca de 150 eram usuárias dos serviços. O evento contou com uma mesa de abertura; distribuição de cartilha realizada pela ASUSSAM-MG e cópia de versão simplificada da Convenção dos Direitos das Pessoas com Deficiência; quatro grupos de trabalho divididos em cinco salas e um auditório; e uma mesa de encerramento. As discussões foram muito prolíficas, desde compartilhamento de experiências a discussões sobre democracia, liberdade e cidadania. Foi um evento belo e potente sem dúvidas!

Porém, para além de detalhes da organização, distribuição e coordenação dos grupos de trabalho que sempre podem melhorar, esbarramos em um grande desafio: não há como manter uma forma constante de comunicação com os usuários presentes no evento. Além da maioria não dispor de e-mail, ainda há muitos que não possuem celular ou telefone. Ou seja, não há como nem mesmo convidar esses mesmos usuários para encontros subsequentes, muito menos fazer uma formação contínua analisando e trabalhando a realidade de cada território. Pois, para além de saber em linhas gerais direitos e princípios da luta antimanicomial, é preciso dar condições de ação aos sujeitos,

possibilidades de reinvenção de mundo. O encontro não propiciou, ao nosso conhecimento, a formação de nenhum novo coletivo de luta antimanicomial no Estado. Porém, deu maior visibilidade à ASUSSAM-MG que, mais tarde, frutificaria em oportunidades de intervenção em territórios para além de Belo Horizonte.

O dinheiro para conseguir organizar o evento foi feito através de contribuições pessoais, de sindicatos e conselhos de classe. Todo o trabalho antes, durante e depois do evento foi realizado de forma voluntária.

2. Oficinas Virtuais de Formação Antimanicomial e Antiproibicionista em Uberlândia (2021)

Esta ação formativa consistiu em oficinas virtuais ministradas pela ASUSSAM-MG e convidados do Fórum Mineiro de Saúde Mental e da Escola de Saúde Pública durante quatro tardes para usuários do Centro de Convivência de Uberlândia. No primeiro dia de atividades houve uma reunião com os presentes em que se traçaram temas que seriam trabalhados nas oficinas subsequentes. Os temas variaram desde a apresentação de uma síntese das legislações de proteção às pessoas com sofrimento mental e em uso de álcool e outras drogas a discussões sobre o que é o cuidado.

Essa experiência foi muito bem-sucedida, porque, ainda que os integrantes não tenham se engajando na ASUSSAM-MG, eles conseguiram estruturar-se em seu próprio coletivo de luta antimanicomial com a ajuda de trabalhadores, estudantes e familiares, formando um fórum de saúde mental em Uberlândia, cidade devastada pelas Organizações Sociais e esfacelamento das redes de cuidado em liberdade. Para piorar, a antiga associação de usuários foi tomada por pessoas ligadas à rede privada manicomial e funciona simplesmente como uma forma de viabilizar investimento público para um hospício particular da cidade. Assim, entendemos que as oficinas de formação foram muito importantes para a consolidação e estruturação desse

grupo, além de fornecer materiais que podem ser utilizados em outros momentos para novas discussões dentro do grupo. A ASUSSAM-MG ainda tem o contato desse grupo e vice-versa, o que possibilita que ambas mantenham comunicação para troca de estratégias, convites para participação de eventos e notícias sobre a luta antimanicomial.

Como o evento foi virtual não houve emprego por parte da ASUSSAM-MG de nenhum valor, os convidados contribuíram de forma voluntária, sem nenhuma contrapartida financeira.

3. Oficinas presenciais de Formação Antimanicomial, Antiproibicionista e Abolicionista Penal em Belo Horizonte (2022)

Oficina de dois encontros, realizadas em cada uma das nove regionais de Belo Horizonte, utilizando-se de exposições e de estratégias lúdicas, a saber: um jogo de cartas com leis, nomes de serviços, princípios da luta antimanicomial em que os participantes escolhiam uma ou duas cartas e explicavam para o grupo o porquê da escolha, resultando em uma discussão ampliada sobre o tema.

Os efeitos das oficinas foram variados. Observou-se que os serviços empenharam diferentes esforços para a realização das atividades, o que facilitou ou dificultou a execução das oficinas. O maior sucesso foi a entrada de novos membros para a Associação. Na maioria das regionais as discussões foram esvaziadas, advindo da falta de divulgação da atividade para os usuários. Serviços inteiros deixaram de mandar sequer um representante para a atividade, mostrando um absoluto descaso com o projeto. Daí já se evidencia a importância de o poder público bancar tais iniciativas e projetos. Como é possível que, em 2019, 16 municípios topavam vir até Belo Horizonte, arcando com todos os custos do transporte, organização e credenciamento de usuários e Belo Horizonte não ser capaz em 2022 de mobilizar os usuários dos seus serviços para participar de uma atividade dentro de seu próprio território?

Os membros da ASUSSAM-MG tiveram que arcar com todos os custos da oficina, além de não terem remuneração para fazer as atividades.

4. Conclusões

Cada proposta de ação tem frutos diferentes. Não se trata de estratégias melhores ou piores, mas de estratégias que se complementam. Porém, fica evidente que a sustentação por um coletivo ou pelo poder público é fundamental para efeitos mais duradouros e que a formação deve ser fornecida de forma permanente aos usuários. Afinal, os desafios que estes encontram em seus cotidianos são dinâmicos e a política é sempre atravessada por momentos de altos e baixos, avanços e retrocessos.

Um problema grave que se encontra é a falta de recursos financeiros para realização das atividades, bem como o caráter não-remunerado das pessoas que organizam e ministram as oficinas. Pode parecer talvez uma troca de funções: afinal, o movimento social não é prestador de serviços e, portanto, não há necessidade de remuneração de seus militantes. O que é correto. Entretanto, os movimentos sociais não têm como suplantam sozinhos as necessidades de formação dos usuários, muito menos estar próximos dos serviços da forma que temos percebido necessária. Trata-se de uma atividade que exige do educador estudo, empenho, planejamento, material e deslocamento.

Sim, é fato que o movimento social precisa ir eventualmente nos serviços, fazer eventos. Mas, como sujeitos que necessitam também de trabalhar para seu sustento, que passam as mazelas do desemprego, da falta de renda e tantas outras que se proliferam, o militante não tem como sustentar demandas relacionadas à formação permanente de forma voluntária. Afinal, nós também temos como responsabilidade participar de espaços de decisão, conversar com o executivo e o parlamento, zelar pela política pública. Como conseguir trabalhar se as

atividades de formação dentro dos serviços exigem estar à disposição nos dias de semana e em horário comercial? Como encarar a frustração de chegar num serviço, tendo investido dinheiro próprio para fazer uma oficina, e não ter uma única pessoa para realizar a atividade? Como ser respeitados por uma gestão pública que não vê valor no nosso trabalho, se nós os oferecemos tão gratuitamente, como se nossas vidas estivessem à disposição de seus caprichos? Basta! O trabalho do usuário-educador precisa ser valorizado para além de elogios, precisa ser remunerado. E não remunerado pelos movimentos sociais, mas pelo Estado brasileiro que precisa reconhecer o valor de um usuário-educador em luta antimanicomial circulando no território, podendo dedicar-se ao seu ofício e tendo autoridade para convocar os usuários nos serviços para as discussões.

Para além disso, torna-se uma opção de projeto de vida para nós usuários que dedicamos nossas vidas para esse fim. Torna-se viável usuários mais vulneráveis investirem seu tempo estudando formalmente a Reforma Psiquiátrica Brasileira. É a abertura da fronteira da educação e do trabalho para os usuários que se veem absolutamente marginalizados dos processos que permitem se tornar educador no Brasil. Além disso, a formação continuada permite o fortalecimento do controle social e a volta do projeto da Reforma nos moldes do que foi idealizada: com ampla participação e protagonismo de usuários. Nós, usuários, precisamos ser os autores de nossas próprias teses, artigos e pesquisas sobre a Rede de Atenção Psicossocial.

Provocações do feminismo negro e decolonial para a formação de trabalhadoras/es da Atenção Psicossocial

Áquila Bruno Miranda

Julia Costa de Oliveira

Claudia Andréa Mayorga Borges

Introdução

Os movimentos da Reforma Sanitária e Reforma Psiquiátrica reivindicaram, na década de 80, uma outra compreensão acerca da saúde e da saúde mental, não biomédica e individualizante, mas pautada em uma perspectiva ampliada, social e coletiva. A criação do Sistema Único de Saúde (SUS) e, posteriormente, da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) acolhem tais pressupostos e imprimem uma lógica de trabalho rumo ao cuidado integral, compartilhado e comprometido ético-politicamente com a construção de uma sociedade mais justa (Paim, 2008; Amarante, 2007).

Um dos grandes desafios para o contínuo avanço do SUS e da atenção psicossocial se localiza nas lacunas da formação das/os trabalhadoras/es, que dificultam um alinhamento com tais compreensões críticas sobre os processos de saúde e podem culminar em práticas que não atendem “às necessidades de todos os brasileiros, sem qualquer tipo de discriminação” (Monteiro; Santos; Araújo, 2021, p. 8). Nesse sentido, Rosana Monteiro, Márcia Santos e Edna Araújo (2021) destacam a importância de abordar, nos cursos da saúde e em processos formativos em serviço, conteúdos sobre relações étnico-raciais e o combate ao racismo, considerando que há especificidades da população negra e indígena decorrentes de iniquidades que levam ao adoecimento, inclusive ao sofrimento mental (Brasil, 2019; Gouveia; Zanello, 2018). Porém, as autoras indicam que há poucas ações

educativas comprometidas com tais conteúdos (Monteiro; Santos; Araújo, 2021).

Para Eliana Goldfarb Cyrino (2021), é preciso falarmos e ensinarmos sobre raça, etnia e gênero na formação em saúde, revisando projetos pedagógicos tanto dos cursos de graduação e pós-graduação, quanto mobilizando Educação Permanente nos serviços. Diante disso, apostamos que o feminismo negro e decolonial possa contribuir com tais processos formativos, por propor conceitos e práticas que ampliam as lentes pelas quais olhamos para os fenômenos sociais, incluindo a saúde e a saúde mental. Assim, temos como objetivo apresentar duas provocações do feminismo negro e decolonial, que buscam instigar posturas e movimentos críticos para formação de trabalhadoras/es da atenção psicossocial. A primeira provocação busca apresentar a interseccionalidade como ferramenta para promoção de práticas de cuidado emancipatórias, enquanto a segunda discute a importância da refletividade de trabalhadoras para a tessitura de ações ético politicamente comprometidas.

Interseccionalidade como *práxis*: (re)desenhando caminhos para construção de rotas de solidariedade política e de cuidado em saúde

O conceito de interseccionalidade, proposto pela feminista negra e estadunidense Kimberlé Crenshaw (1993), questiona as invisibilidades presentes no interior do feminismo hegemônico. Essas que negam os efeitos do racismo estrutural¹, da violência de gênero² e

¹ O racismo, segundo o intelectual negro Silvio Almeida (2019) é sempre estrutural, uma vez que integra aspectos econômicos e políticos da sociedade. O racismo, resultado do processo de colonização, mobiliza sentidos, lógica e tecnologias para a perpetuação de desigualdade, discriminação e violência que organizam a vida social.

² A 4ª Conferência Mundial da Organização das Nações Unidas (ONU) sobre as mulheres impulsionou a elaboração de uma nova definição acerca da violência de gênero. Desse modo, definiu-se que este conceito seria pensado a partir da seguinte proposição: “refere a quaisquer atos de violência, inclusive ameaças, coerção ou outra privação

das desigualdades sociais sobre mulheres, jovens e meninas negras. As intelectuais negras do norte global bell hooks (2019) e Grada Kilomba (2019) apontam que as lutas das feministas brancas estavam voltadas apenas para os efeitos da subordinação ao patriarcado³, postura que as colocavam fora da estrutura racista e as desresponsabilizam dos efeitos causados pelas violências direcionadas à população negra.

Para a pesquisadora negra e estadunidense Patrícia Hill Collins (2019) a interseccionalidade é um conjunto de ideias e práticas que compreende os eixos da subordinação (classe, gênero, raça, sexualidade, idade, etnia, território e outros) de modo intercruzado. Articulações que possibilitam visualizar experiências sociais distintas de indivíduos e suas coletividades, bem como auxilia na nomeação de dinâmicas de poder que sustentam e naturalizam opressões. Segundo Crenshaw (1993, s/p) o conceito de interseccionalidade é acionado para

(...) denotar as várias maneiras pelas quais raça e gênero interagem para moldar as múltiplas dimensões das experiências de empregaç o das mulheres negras (...) muitas das experiências que as mulheres negras enfrentam não são classificadas dentro das fronteiras tradicionais da raça ou discriminação de gênero (...) a intersecção do racismo e do sexismo afeta as vidas das mulheres negras de maneiras que não podem ser capturadas completamente examinando as dimensões de raça ou gênero dessas experiências separadamente.

Nesse sentido, pensar o lugar da interseccionalidade na formação em saúde   deparar-se com experiências e saberes tecidos pela margem, por sujeitos que vivenciam, cotidianamente, políticas de extermínio. Para bell hooks (2019), construir intervenções a partir da interseccionalidade   politizar as experiências de pessoas não-brancas

arbitrária de liberdade, que tenham por base o gênero e que resultem ou possam resultar em dano ou sofrimento de natureza física, sexual ou psicológica, e que se produzam na vida pública ou privada” (ONU, 1996, p. 189).

³ Para Heleieth Saffioti (2015, p. 47-48), intelectual branca latinoamericana, o patriarcado pode ser entendido como: “o regime da dominação-exploração das mulheres pelos homens (...) como os demais fenômenos sociais, também o patriarcado está em permanente transformação”.

em diálogo com as consequências estruturais e dinâmicas da interação entre os marcadores sociais da desigualdade.

Apesar do reconhecimento do racismo e das questões de gênero no processo de saúde-doença (Brasil, 2007), observamos como desafio o compromisso das/dos profissionais da saúde de assumirem um papel ativo na construção de práticas de cuidado pautadas em um olhar interseccional. O cotidiano da atenção psicossocial ainda é marcado, em diversos contextos, pelo silenciamento das violências produzidas pelo racismo e pelas desigualdades de gênero.

De acordo com o pesquisador negro latino-americano Emiliano David (2018, p. 67) o saber/fazer dos profissionais de saúde reproduz as hierarquias raciais resultado do projeto colonial, “associando cor da pele à posição hierárquica inferior, ao baixo poder aquisitivo e distinguindo condutas de cuidado entre as populações negra e branca”. Posição que negligencia a realidade do SUS, uma vez que, considerando a Pesquisa Nacional de Saúde (PNS), no ano de 2019, 69,9% dos usuários do SUS eram mulheres. Além disso, conforme o Portal da Saúde do SUS, em 2016, 74% que utilizavam o serviço público de saúde se declararam pretos e pardos.

Diante das lacunas produzidas pela ausência de uma interpretação das desigualdades étnico-raciais e de gênero como determinantes para o acesso e continuidade da atenção à saúde, bem como para a promoção da equidade em saúde, trazemos a seguinte questão: Quais saberes e práticas podem ser (des)aprendidos a partir da *práxis* interseccional? Certamente os caminhos para essa problemática são diversos, mas nesse trabalho focalizaremos, de maneira breve, no uso da interseccionalidade como aporte teórico, metodológico e prático para (re)educar as/os profissionais da saúde na sua relação de cuidado com o corpo negro. Para tanto, partiremos da feminista negra e estadunidense Audrey Lorde (1984, p. 17, *apud* Assis, 2019, p. 12), a qual ressalta:

Entre nós existem diferenças muito reais quanto à raça, idade e sexo. Mas não são essas diferenças que nos separam. O que nos separa é, ao contrário, nossa negativa para reconhecer a diferença para analisar as distorções que derivam de dar nomes falsos tanto a ela quanto a seus efeitos na conduta e nas expectativas humanas. Racismo, crença na superioridade inerente de uma raça em relação às demais e, portanto, em seu direito de domínio.

Partindo de um lugar marcado pelo entrecruzamento de diversos eixos de opressão, o cuidado em saúde não pode se limitar a uma prática pautada em protocolos universalizantes, mas deve buscar o reconhecimento de que profissional-usuária/o partem de diferentes posições sociais, de raça, de gênero, sexualidade e território, marcadores que definem as reivindicações, as expectativas, o projeto terapêutico e o vínculo com o serviço. Desse modo, a interseccionalidade nos convoca para a construção de uma ação contra-hegemônica, que interroga o modo como escutamos e acolhemos as experiências das/dos usuárias/os e, ao mesmo tempo, reconhecemos os nossos corpos e experiências nesse encontro para o cuidado.

Entendemos que o compromisso com uma prática interseccional é um movimento importante para produzir fraturas, interpelar o racismo e as desigualdades de gênero presentes no cotidiano da atenção psicossocial. Assumir um saber-fazer orientado por uma lente interseccional é tecer rotas de fuga de desaprendizagem, em que o desafio é olhar para além das imagens de controle, que objetificam os grupos subalternizados e, ao mesmo tempo, reconhecer as estratégias de resistências cotidianas que são forjadas na/pela margem.

Assim, reafirmamos a urgência dos espaços de formação em saúde desenharem caminhos de solidariedade política e de cuidado entre as/os profissionais e usuários/as, pautados em uma escuta interseccional que possibilita: afirmar que, no contexto brasileiro, raça e pobreza são sinônimos (Carneiro, 2011); tencionar as relações de poder que impõe uma história única e definitiva para as populações subalternizadas (Adichie, 2019) e construir espaços seguros para a autodefinição

dos sujeitos acompanhados pelo SUS, de modo a contribuir com o enfrentamento das desigualdades (Collins, 2019).

Movimento de reflexividade contínua: como estamos produzindo cuidado?

O feminismo decolonial parte tanto das contribuições do feminismo negro, acerca da diversidade de marcadores que se entrecruzam com o gênero, raça e classe, e dos estudos decoloniais, os quais denunciam a colonialidade do saber, poder e ser⁴ que não se encerraram com o fim do período colonial, mas persiste impondo lógicas hierárquicas entre sujeitos (Curiel, 2020; Nuñez, 2019). Feministas latinoamericanas e caribenhas, como Maria Lugones, Ochy Curiel e Paula Gonzaga, denunciam como o sistema de gênero moderno/colonial desumaniza pessoas negras e indígenas. Ao defini-las como “as outras”, cristalizam identidades inferiorizadas aos homens e mulheres do sul global, que foram colonizados e ainda hoje sofrem efeitos da colonialidade.

Esse movimento de definição do outro acontece mesmo entre as vítimas do projeto colonial, havendo uma “dissolução das possibilidades de solidariedade”, impactando, por exemplo, na forma como mulheres profissionais de saúde e usuárias do serviço se relacionam, uma vez que estas, “por uma leitura racista/colonial, são consideradas inferiores, irracionais, hipersexualizadas” (Gonzaga, 2022, p. 4).

⁴ Para conhecer mais sobre tais conceitos, sugerimos a leitura de Aníbal Quijano e Nelson Maldonado Torres. De modo sintético, Ochy Curiel (2020) retoma estes e outros teóricos, apontando que a colonialidade do saber compreende apenas um modo de produção de conhecimento - supostamente neutro e universal - como válido. A colonialidade do ser nega a humanidade de certos sujeitos, principalmente negros e indígenas. A colonialidade do poder é caracterizada por relações de exploração e dominação envolvendo disputa pelo controle da natureza, dos materiais, dos corpos etc.

Assim, é necessário olharmos para as/os usuárias/os com as/os quais trabalhamos considerando os diversos eixos de opressão que atravessam suas vivências e produções de saúde mental e adoecimento, mas também se faz urgente olharmos para nós mesmos e nos questionarmos: Quais lógicas racistas, sexistas, classistas posso estar reproduzindo? Vejo a usuária e o usuário como “o outro”, aquele sem saber, sem humanidade? Como os marcadores sociais, que compõem o meu corpo e história, limitam ou ampliam as lentes pelas quais estou compreendendo os processos de saúde?

Ochy Curiel (2020) e Claudia Mayorga (2014) retomam o conceito de “saberes localizados” de Donna Haraway (1995), a qual propõe que um saber só é objetivo quando se anuncia seu ponto de vista – e que sempre há um ponto de vista, não havendo a suposta ideia de neutralidade. Para elas, o contínuo movimento de reflexividade permite evidenciarmos e analisarmos nossos lugares de enunciação que, por certo, interferem em nossas interpretações. Em diálogo com a provocação anterior, Mayorga afirma que “a interseccionalidade é um exercício analítico que estabelece a necessidade de revelar quem o faz, de quais lugares e diante de quais problemas” (Mayorga, 2014, p. 234).

Nesse sentido, precisamos compreender que todos somos racializados – não apenas sujeitos negros, indígenas, amarelos, mas também os brancos. Todos somos marcados pelo gênero – não apenas as mulheres cis, tampouco apenas as pessoas trans ou não binárias, mas também os homens cis. O movimento é de não naturalizar os sistemas de opressão e as categorias sociais por eles criadas, nos quais alguns são entendidos como sujeitos universais, e outros... como “os outros”.

Os estudos sobre branquitude crítica ilustram bem essa reflexão. A partir da década de 1990, os estudos das relações étnico-raciais “se deslocaram dos outros racializados para o centro sobre o qual foi construída a noção de raça, ou seja, para os brancos” (Santos; Schucman; Martins, 2012, p. 172). Intelectuais como Maria Aparecida Bento e Lia Schucman discutem como pessoas brancas consideram-se

não racializadas, pelo pressuposto de serem neutras-universais, enquanto carregam com si privilégios simbólicos e materiais da branquitude, a racialidade branca. Geni Nuñez (2022, p. 15), psicóloga, Guaraní e doutora em Ciências Humanas, em diálogo com outros intelectuais indígenas, demarca a necessidade de questionar “o que é ser branco”, tensionando as “outroridades” inventadas pelo projeto colonial. Assim, sujeitos brancos precisam adquirir consciência crítica de sua racialidade de modo que possam agir como “precursores de mudanças em seus micro-lugares de poder a atuação”, bem como contribuir com uma mudança estrutural nos valores da sociedade (Schucman, 2014, p. 92).

Diante do exposto, apostamos, assim como Gonzaga (2022, p. 4) que a escuta ampliada capaz de promover saúde aconteça a partir de um “movimento de reflexividade contínua”. Tais movimentações podem contribuir para o que Geni Nuñez (2019) descreve como acolhimento das dores causadas por feridas coloniais, auxiliando na nomeação dessas violências e construindo um posicionamento rumo à responsabilização coletiva pela erradicação das desigualdades. Concluímos, pois, que à medida que mantivermos o movimento de reflexividade e comprometermo-nos com o enfrentamento dos diversos eixos de opressão, será possível construir uma postura crítica acerca de nossa prática na atenção psicossocial.

Considerações finais

Diante dos desafios de construir uma atenção psicossocial em saúde orientada pela perspectiva ampliada, social e coletiva, o presente trabalho apresentou duas provocações do feminismo negro e decolonial, que buscam instigar posturas e movimentos críticos para formação de trabalhadoras/es da atenção psicossocial.

Nesse sentido, a interseccionalidade, instrumento teórico e prático forjado no interior do movimento feminista negro, mostra-se como uma importante ferramenta para enfrentar e nomear as políticas

de extermínio perpetradas pela matriz colonial do ser, do saber, do poder e pelo sistema moderno/colonial de gênero. Considerando que as mulheres e a população negra compreendem o público majoritário atendido pelos serviços do SUS, temos que a interseccionalidade possibilita confrontar as imagens de controle e de opressões vivenciadas pelas populações vulnerabilizadas e também permite fortalecer as resistências às violências cotidianas.

Aqui, a reflexividade é acionada como postura ético-política que busca romper com a pretensa neutralidade defendida pela ciência moderna europeia. Assumir esse olhar, nas ações em saúde, evidencia nossos lugares de enunciação, possibilitando escutar, bem como emergir outras formas de conhecimento e interpretação. A reflexividade também é colocada como um dispositivo para que sujeitos brancos possam adquirir consciência de sua racialidade e privilégios diante das injustiças sociais.

Por fim, os conceitos aqui trabalhados demonstram a potencialidade do movimento de mulheres negras e indígenas como agentes para a construção de políticas de formação em saúde feministas e antirracistas. Os saberes pensados pelas intelectuais negras e latinoamericanas têm, desde o período colonial, um caráter educativo, reivindicativo e afirmativo, num compromisso de pensar alternativas para elaboração de projetos emancipatórios.

REFERÊNCIAS

ADICHIE, C. N.. **O perigo de uma história única**. São Paulo: Companhia das Letras, 2019. 64 p.

ALMEIDA, S.. **Racismo estrutural**. São Paulo: Pólen, 2019. 264 p.

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

ASSIS, D. N. C.. **Interseccionalidades**. Salvador: UFBA. Instituto de Humanidades, Artes e Ciências. Superintendência de Educação a Distância, 2019.

BRASIL. **Desempenho da Atenção Primária à Saúde no Brasil é alvo de pesquisa inédita**. Brasil: Ministério da Saúde, 2020. Disponível em: <https://>

aps.saude.gov.br/noticia/10136#:~:text=Em%202019%2C%2017%2C%20milh%C3%B5es,a%2059%20anos%20de%20idade. Acesso em: 30 mar. 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde (MS). **Política Nacional de Saúde Integral da População Negra**. Brasília: MS; 2007.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria Especial de Saúde Indígena. Departamento de Atenção à Saúde Indígena. **Atenção psicossocial aos povos indígenas: tecendo redes para promoção do bem viver**. Brasília: Ministério da Saúde, 2019.

CARNEIRO, S.. **Racismo, sexismo e desigualdade no Brasil**. São Paulo: Selo Negro, 2011. 190 p.

COLLINS, P. H.. **Pensamento feminista negro: conhecimento, consciência e a política do empoderamento**. São Paulo: Boitempo, 2019.

CRENSHAW, K.. **Mapeando as margens**: interseccionalidade, políticas de identidade e violência contra mulheres não-brancas. Traduzido por Carol Correia. Geledés, 1993. Disponível em: <https://medium.com/revista-subjetiva/mapeando-as-margens-interseccionalidade-pol%C3%ADticas-de-identidade-e-viol%C3%A2ncia-contra-mulheres-n%C3%A3o-18324d40ad1f> . Acesso em: 30 mar. 2023.

CURIEL, O.. Construindo metodologias feministas a partir do feminismo decolonial. In: Hollanda, H. B. (org.) **Pensamento feminista hoje: perspectivas decoloniais**. Rio de Janeiro: Bazar do tempo. 2020. p. 120-139.

CYRINO, E. G.. Apresentação: raça, etnia, gênero: experiências na formação em saúde. **Interface - Comunicação, Saúde, Educação**, v. 25, p. e210409, 2021.

DAMASCENO, M. G.; ZANELLO, V. M. L.. Saúde Mental e Racismo Contra Negros: Produção Bibliográfica Brasileira dos Últimos Quinze Anos. **Psicologia: Ciência e Profissão**, v. 38, n. 3, p. 450–464, jul. 2018.

DAVID, E. C.. **Saúde mental e racismo: a atuação de um Centro de Atenção Psicossocial II Infantojuvenil**. 2018. 168 f. Dissertação (Mestrado em Psicologia: Psicologia Social) - Programa de Estudos Pós-Graduados em Psicologia: Psicologia Social, Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, São Paulo, 2018.

GONZAGA, P. R. B.. Psicologia, Saúde Sexual e Saúde Reprodutiva: Urgências para a Formação Profissional. **Psicologia: Ciência e Profissão**, v. 42, n. spe, p. e262847, 2022.

HARAWAY, D.. Saberes localizados: a questão da ciência para o feminismo e o privilégio da perspectiva parcial. **Cadernos Pagu**, Campinas, n. 5, p. 7-41, 1995.

hooks, b.. O feminismo é para todo mundo: políticas arrebatadoras. 6 ed. Rio de Janeiro: Rosa dos Tempos, p. 176. 2019.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA [IBGE]. **Pesquisa nacional de saúde: 2019**: percepção do estado de saúde, estilos de vida, doenças crônicas e saúde bucal: Brasil e grandes regiões. IBGE, Coordenação de Trabalho e Rendimento. Rio de Janeiro: IBGE, 2020.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATISTICA [IBGE]. **Síntese de indicadores sociais, uma análise das condições de vida da população brasileira**. Estudos e pesquisa: Informação demográfica e socioeconômica, n. 21, Rio de Janeiro, 2007.

KILOMBA, G.. **Memórias da plantação: episódios de racismo cotidiano**. Rio de Janeiro: Cobogó, 2019.

MAYORGA, C.. Algumas contribuições do feminismo à Psicologia social comunitária Athenea Digital. **Revista de Pensamiento e Investigación Social**, v. 14, n. 1, enero-abril, 2014, p. 221-236.

MONTEIRO, R. B.; SANTOS, M. P. A.; ARAÚJO, E. M.. Saúde, currículo, formação: experiências sobre raça, etnia e gênero. **Interface (Botucatu)**. 2021; 25: e200697.

NUNEZ, G.. Descolonização do pensamento psicológico. Plural, valorização profissional em tempos de “novas práticas em Psicologia, n. 2, 2019, p. 6-11.

NUNEZ, G.. **Nhande ayvu é da cor da terra: perspectivas indígenas guarani sobre etnogenocídio, raça, etnia e branquitude**. Tese (Doutorado Interdisciplinar em Ciências Humanas) – Centro de Filosofia e Ciências Humanas, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, Santa Catarina, 2022.

ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS (ONU). Declaração de Beijing. Conferência Mundial Sobre a Mulher. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1996

PAIM, J. S.. **Reforma sanitária brasileira: contribuição para a compreensão e crítica**. Salvador: EDUFBA; Rio de Janeiro: Fiocruz, 2008.

SAFFIOTI, H.. **Gênero patriarcado violência**. 2.ed. São Paulo: Expressão Popular; Fundação Perseu Abramo, 2015.

SANTOS, A. O.; SCHUCMAN, L. V.; MARTINS, H. V.. Breve Histórico do Pensamento Psicológico Brasileiro Sobre Relações Étnico-Raciais. **Psicologia: Ciência e Profissão**, 2012, v. 32, n. spe, p. 166–175, 2012.

SCHUCMAN, L. V.. Sim, nós somos racistas: estudo psicossocial da branquitude paulistana. **Psicologia & Sociedade**, v. 26, n. 1, p. 83–94, jan. 2014.

“O sorriso negro” de dona Ivone Lara, o “tornar-se negro” de Neusa Santos e o “descolonizar” de Frantz Fanon: contribuições apagadas da história da Reforma Psiquiátrica Brasileira

Ana Silvia Paixão Santos
João Vinícius dos Santos Dias

1. Considerações Iniciais

O presente texto busca refletir sobre o apagamento do debate étnico-racial na Reforma Psiquiátrica Brasileira destacando a importância de reconhecer o papel de duas mulheres negras cujo protagonismo foi invisibilizado nesse processo: Dona Ivone Lara e Neusa Santos. O interesse por este tema surgiu a partir da trajetória da autora, também mulher, negra, assistente social e trabalhadora da atenção psicossocial.

A Reforma Psiquiátrica Brasileira, entendida como um processo social complexo, engloba, além da dimensão técnico-assistencial, as dimensões jurídicas, socioculturais, epistemológicas e políticas (Amarante, 2007). O movimento da Reforma aponta o manicômio como uma estrutura na qual diversas manifestações de controle e opressão se articulam. Assim, a lógica manicomial é diretamente atravessada por questões de raça, de classe social e de gênero. Essa lógica não se faz presente apenas em instituições asilares, mas emerge e se efetiva em relações de controle e poder presentes no campo social.

Para investigar essa temática foi realizado um levantamento bibliográfico, no qual se observou que o apagamento da questão racial na Reforma Psiquiátrica Brasileira relaciona-se a fatores sócio-históricos, como a colonização e exploração europeia, o processo de

escravização negra, a desigualdade racial, o racismo estrutural, o mito da democracia racial e o modelo manicomial.

No Brasil, embora a população negra seja numericamente majoritária e apresente experiências específicas de adoecimento diretamente ligadas às diversas manifestações de racismo, opressão e violência, poucas pesquisas e estudos são publicados sobre essa temática. Na rede de saúde mental, a análise dos indicadores é prejudicada e insuficiente. O quesito raça/cor é frequentemente desconsiderado no registro de informações sobre usuários, há poucos estudos sobre a prevalência de sofrimentos/transtornos mentais na população negra.

A partir do interesse pela temática e das leituras realizadas, surgiram as seguintes perguntas: Qual a relação do racismo estrutural e o apagamento racial na reforma psiquiátrica brasileira? Qual a relação entre o manicômio e os corpos negros? Por que a reforma psiquiátrica brasileira apagou contribuições negras de sua história?

Ao longo do texto serão discutidas as contribuições, ainda pouco mencionadas, de Frantz Fanon para a Reforma Psiquiátrica Brasileira, assim como o apagamento do trabalho de mulheres negras no campo da atenção psicossocial. Serão destacadas Neusa Santos e Ivone Lara, que foram pioneiras no campo da saúde mental e na luta antimanicomial brasileira.

O tema do apagamento do debate étnico-racial na Reforma Psiquiátrica Brasileira é novo, mas fundamental para uma análise abrangente das diversas dimensões do racismo na política de saúde mental no Brasil. Este texto pretende, além de refletir sobre a temática, questionar os impactos do racismo estrutural e científico na política de saúde mental brasileira, bem como destacar as contribuições de pesquisadores e profissionais negros no movimento da luta antimanicomial.

2. Colonialismo, Racismo e Saúde Mental: um breve olhar a partir do pensamento de Frantz Fanon

A discussão sobre o apagamento do debate étnico-racial na Reforma Psiquiátrica Brasileira requer uma abordagem aprofundada, a partir de conceitos como colonialismo e racismo estrutural. Durante o período colonial, houve uma busca por territórios e por domínio econômico e cultural por parte das nações europeias que adotaram a escravidão como recurso comercial predominante. A colonização foi baseada na ideia de domar a “natureza insubmissa” (Fanon, 2015, p. 288).

A partir dessa lógica, o povo africano, assim como os povos originários do Brasil, foi considerado inferior pelos colonizadores europeus. O racismo é uma forma sistemática de discriminação que tem a raça como fundamento, e que se manifesta por meio de práticas conscientes ou inconscientes que culminam em desvantagens ou privilégios para indivíduos, a depender do grupo racial ao qual pertençam (Almeida, 2019). O racismo tem ainda um profundo impacto na subjetividade das populações inferiorizadas/colonizadas, já que, historicamente, as noções de raça e de doença mental mantiveram-se vinculadas. No século XIX, a ideia predominante era a de que negros e mestiços eram mais propensos à loucura. Essas concepções eugenistas justificavam e determinavam o tratamento dado ao sofrimento psíquico desses grupos (Damasceno; Zanello, 2018).

Frantz Fanon é um autor crucial para compreender as relações entre colonialismo, racismo e saúde mental. Ele foi escritor, filósofo, psiquiatra e ativista político martinicano, conhecido por suas contribuições na luta antimanicomial e antirracista. Suas ideias têm sido resgatadas por estudiosos que destacam sua importância para a Reforma Psiquiátrica Brasileira. Fanon aborda a questão do racismo como uma forma de opressão que se reflete em todos os aspectos da vida social, política e econômica. Para ele, o racismo é uma forma de violência que causa danos profundos à psique dos indivíduos que

são alvo desse tipo de discriminação, pois a internalização do racismo pode levar a uma desumanização do indivíduo e a transtornos mentais graves, como depressão, ansiedade e outros (Faustino, 2018; Sevalho; Dias, 2022).

Fanon nos ajuda a compreender que a produção de saúde mental deve considerar os processos de colonização e também de negação do colonizado pelo colonizador. Essa dinâmica de dominação está enraizada nas relações entre nações e continentes, especialmente no movimento expansionista europeu de dominação na África. A falta de reconhecimento e a subtração da identidade do colonizado levam a uma relação espelhada com o colonizador (Costa; Mendes, 2020).

3. O apagamento da questão étnico-racial na Reforma Psiquiátrica Brasileira

Fanon contribui para compreender que o apagamento do debate étnico-racial na Reforma Psiquiátrica Brasileira está intimamente relacionado à escravidão, ao manicômio e ao racismo. A sociedade escravista, ao transformar os africanos em escravos, definiu a raça negra, estabeleceu seu lugar social, os modos como as pessoas negras seriam tratadas, os padrões de interação entre negros e brancos, além de instituir a associação entre cor e posição social inferior.

Para Passos (2018), a partir da demarcação de raça, a população negra foi relegada a uma *zona do não ser*, lugar de inferioridade e desumanização, o que permitiu ao branco o controle e o domínio dos corpos negros. É nesta lógica de dominação que o manicômio se estrutura socialmente como um lugar de violência institucional naturalizada, destinado a uma determinada camada da população brasileira, marcada pela questão racial.

No modelo manicomial a loucura é excluída do pacto social e das relações sociais. Ao louco é selado um lugar de “morte social”, sendo relegado à zona do não-ser para a sociedade, o que justifica sua segregação. A relação entre a segregação da loucura e o racismo

pode ser claramente observada quando se racializa a história da atenção em saúde mental no Brasil. Duarte (2021) estabelece uma importante relação entre o modelo manicomial e o racismo ao fazer um retrospecto do sofrimento mental vivenciado pela população negra desde a escravidão. O autor menciona o “banzo” que acometeu parte dos negros durante o período da escravização: os negros “suicidavam, deprimiam depois de espoliados, vendidos, estuprados, estropiados, escravizados e submetidos às durezas do trabalho, à fome e ao sistema de vigilância permanente em mocambos e senzalas” (Oda, 2008 *apud* Menegat; Duarte; Ferreira, 2020, p. 103).

Considerar a presença do racismo científico na lógica manicomial permite compreender melhor quais corpos ocuparam por vários anos as instituições asilares em nosso país. Nas últimas décadas do século XX foram publicadas obras científicas que aproximaram a questão da raça da questão da loucura. A obra de Henrique Roxo, por exemplo, renomado psiquiatra brasileiro, aproximou raça e loucura, tratando a comunidade negra da época como intelectualmente inferior e/ou degenerada. (David; Vicentin, 2020) O racismo científico também se fez presente nas obras do médico e professor Raimundo Nina Rodrigues, ao defender que a mestiçagem era a principal causa da degeneração da população brasileira. Para ele, a mistura entre raças era explicação para a predisposição dos indivíduos mestiços ao crime e a doenças mentais (Santos, 201).

No artigo “Holocausto ou Navio Negreiro? Inquietações para a Reforma Psiquiátrica brasileira”, Rachel Gouveia Passos afirma que o racismo teve caráter estruturante na atenção em saúde mental no Brasil. A autora observa que o livro “Holocausto Brasileiro – Vida, Genocídio e 60 Mil Mortes no Maior Hospício do Brasil”, de Daniela Arbex (2013), permite identificar, através de fotografias e registros, a cor e raça da maioria das pessoas que estiveram internadas o manicômio de Barbacena-MG (Passos, 2018).

A reforma psiquiátrica no Brasil emergiu em um momento de grandes transformações no cenário político, econômico e social do país, fruto de potentes lutas de trabalhadores, usuários e familiares que conferiram ao processo um *status* de um movimento social amplo. Nesse período, o debate em torno da saúde mental no país envolveu discussões sobre as condições de trabalho, o modelo assistencial, as violências e negligências no interior das instituições, o que culminou no questionamento do modelo manicomial. A “Carta de Bauru”, produto do II Congresso Nacional de Trabalhadores de Saúde Mental realizado em 1987, foi um marco da luta “por uma sociedade sem manicômios” no Brasil. A Carta aponta a questão étnico-racial como uma pauta relevante para a luta antimanicomial brasileira:

O manicômio é uma expressão de uma estrutura, presente nos diversos mecanismos de opressão desse tipo de sociedade. A opressão nas fábricas, nas instituições de adolescentes, nos cárceres, a discriminação contra negros, homossexuais, índios, mulheres. Lutar pelos direitos de cidadania dos doentes mentais significa incorporar-se à luta de todos os trabalhadores por seus direitos mínimos à saúde, justiça e melhores condições de vida (Saúde Mental, 1987, p. 537).

Um ponto importante nas discussões sobre os destinos da reforma psiquiátrica antimanicomial no Brasil é a consideração da atualização da lógica manicomial e, sobretudo, das questões interseccionais que envolvem este debate. David e Vicentin (2020) consideram que não haverá Reforma Psiquiátrica plena enquanto a luta antimanicomial não compuser a luta antirracista interseccionada a outras lutas.

Pensando a partir dos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), principais serviços substitutivos dos hospitais psiquiátricos, podemos perguntar qual ainda é a cor da maioria de seus usuários? Qual a cor dos profissionais das equipes multiprofissionais que atuam nos serviços substitutivos? O racismo e as desigualdades sociais são naturalizados dentro dos serviços? Questões como estas precisam ser consideradas para avançarmos na consolidação de uma reforma psiquiátrica antimanicomial e antirracista.

Em relação à formação e à atuação de diferentes profissionais nos serviços de saúde mental que compõem o novo modelo de atenção psicossocial no Brasil, pode-se afirmar que há lacunas no que se refere às questões étnico-raciais e às especificidades da saúde mental da população negra. Duarte (2021) aponta que as pautas étnico-raciais devem estar mais presentes na formação e no cotidiano das equipes.

Cabe sinalizar que o debate e a produção acadêmica, como do enfrentamento do racismo nos cenários das práticas profissionais, no campo da saúde, saúde mental e outras drogas e seu modelo de atenção psicossocial da política de saúde mental, álcool e outras drogas, ainda são escassos ou quase ausentes, para não dizer invisíveis. A contribuição ainda está muito identificada com militantes e ativistas, ou do movimento negro ou da luta antimanicomial, para circunscrevermos nesses âmbitos. Contudo, são raros os sinais de interseccionalidade entre eles, como outros marcadores e eixos de opressão. Mas é a essa última, a luta antimanicomial, que tem anunciado em seus documentos e encontros, desde 1987, a necessidade, a emergência e estratégia para o debate, a formação e a atuação política-profissional, particularmente, por ser a maioria dos usuários negros e dos trabalhadores brancos. (Duarte, 2021, p.29).

No nível governamental, em 2016, o Ministério da Saúde, ao constatar a associação entre racismo e sofrimento psíquico, criou o Grupo de Trabalho Racismo e Saúde Mental. Tal Grupo teve sua atuação descontinuada em função das mudanças políticas ocorridas entre 2016 e 2022.

4. Duas contribuições apagadas da história da Reforma Psiquiátrica Brasileira: Dona Ivone Lara e Neusa Santos

O apagamento racial na Reforma Psiquiátrica Brasileira também se operou pela invisibilização de pensadores(as), teóricos(as) e trabalhadores(as) negros e negras que contribuíram para a consolidação do campo da atenção psicossocial no país, em especial, das mulheres. Rachel Gouveia Passos, em seu artigo “De escravas a cuidadoras: invisibilidade e subalternidade das mulheres negras na

política de saúde mental brasileira”, aborda o tema do apagamento do protagonismo de mulheres negras nos serviços de saúde mental no Brasil. O artigo apresenta um olhar interseccional sobre o tema vinculado às desigualdades de classe, gênero e raça existentes na sociedade brasileira desde o período escravocrata até os dias atuais (Passos, 2017).

É fundamental contextualizar o percurso histórico do lugar ocupado pela mão de obra feminina e negra nas instituições psiquiátricas a partir da terceira década do século XIX. Passos (2017) menciona a existência de registros de “matrícula de escravos” que serviam como mão de obra no Hospício Dom Pedro II, inaugurado em 1852, na cidade do Rio de Janeiro. Segundo a autora, neste livro é possível encontrar dados sobre as escravizadas que serviam o hospício neste período.

A invisibilidade do trabalho das mulheres negras nos hospícios do Brasil permite constatar o quanto a história da atenção em saúde mental no Brasil é marcada pelo racismo estrutural, institucional e científico. Destaca-se a escassez de produções literárias e investigações acerca da mão de obra negra na saúde mental brasileira, tema relevante para o entendimento de como o passado escravista e colonial atravessa as relações de trabalho de negros e negras no Brasil até os dias atuais.

Aprofundaremos essa discussão através do resgate de duas mulheres negras que foram protagonistas na construção do campo da atenção em saúde mental no Brasil, mas que até hoje não são reconhecidas como tais: Dona Ivone Lara e Neusa Santos.

4.1 “Foram me chamar, eu estou aqui... o que, que há?”

Nas palavras das autoras Passos e Moraes (2021), resgatar Dona Ivone Lara à luz de uma lente antirracista, antipatriarcal e anticapitalista se faz necessário para compreendermos sua caminhada e seu legado pouco conhecido deixado para a sociedade brasileira.

Ivone da Silva Lara nasceu em 13 de abril de 1921, no bairro de Botafogo, na cidade do Rio de Janeiro. Ela foi a primogênita de

Emerentina Bento da Silva e José da Silva Lara. Desde cedo, sua família se preocupava com sua educação, matriculando-a no Instituto Profissional Feminino Orsina da Fonseca, um internato público mantido pela prefeitura do Rio de Janeiro. Ainda muito jovem, Ivone perdeu seus pais e passou a viver com seus tios (Passos; Moraes, 2021).

Formou-se enfermeira no ano de 1943 e trabalhou durante seis anos na colônia Juliano Moreira, em Jacarepaguá. Ingressou na faculdade de Serviço Social e já formada foi contratada como assistente social no Centro Psiquiátrico Nacional Pedro II, localizado no bairro Engenho de Dentro, onde atuou de 1947 a 1977, ano de sua aposentadoria. No decorrer de sua trajetória profissional na saúde mental, Ivone Lara especializou-se em Terapia Ocupacional. A Terapia Ocupacional (também chamada na época como praxiterapia, terapêutica ocupacional, entre outras nomenclaturas) era definida como um conjunto de práticas que usavam a ocupação de forma terapêutica (Soares, 1991). Assim, o caráter de especialização deu-se pelo fato de Ivone ter se formado na década de 1940, no curso elementar de terapêutica ocupacional oferecido por Nise da Silveira, que possibilitou a formação das intituladas auxiliares de praxiterapia (Burns, 2009).

Segundo Passos e Moraes (2021), Ivone Lara, em sua trajetória, sempre caminhou entre dois mundos: de um lado o trabalho que lhe daria condições de sustentar sua família e, de outro, o amor pelo samba que foi, por diversas vezes, silenciado. O pioneirismo de Ivone trouxe consigo o legado ancestral da resistência das mulheres negras em suas manifestações africanas no Rio – o samba, a capoeira, as danças de roda e a religiosidade da umbanda.

No Centro Psiquiátrico Nacional Pedro II, Ivone esteve ao lado da psiquiatra Nise da Silveira. Em sua atuação profissional, realizou relevantes articulações entre pacientes, famílias e comunidade. Desenvolveu, junto aos pacientes, trabalhos baseados na arte, sendo a música sua principal ferramenta terapêutica (Burns, 2009; Passos; Moraes, 2021). Santos (2005) enfatiza que Nise da Silveira, renomada

especialista em doenças mentais, teve em Ivone Lara uma grande parceira nas suas inovadoras formas de tratar a doença mental no Brasil.

O pioneirismo discreto de Ivone Lara foi de grande importância não somente para a saúde mental, como para o Serviço Social, Enfermagem e Terapia Ocupacional. O desenvolvimento do trabalho extramuros com articulações familiares foi potente e inovador no campo da saúde mental (Passos; Moraes, 2021). No entanto, o apagamento da contribuição de Ivone Lara pode ser entendido como uma expressão do racismo estrutural que se desenha de forma particular no campo da saúde mental:

Apesar da potência desse encontro entre Nise da Silveira e Ivone Lara não localizamos produções no campo da saúde mental, da reforma psiquiátrica e da luta antimanicomial que resgate as contribuições da Dama do Samba na assistência psiquiátrica, principalmente em relação ao período que esteve como assistente social no Centro Psiquiátrico Pedro II (Passos; Moraes, 2021, p. 80).

O apagamento e o silenciamento das contribuições de Ivone Lara para a saúde mental e para a Reforma Psiquiátrica Brasileira fazem parte das estratégias que apagaram as contribuições de mulheres negras em vários campos do conhecimento.

4.2 Tornar-se negro: o legado de Neusa Santos

Neusa Santos Souza nasceu em 1948, na cidade de Cachoeira, estado da Bahia. Formou-se médica na Universidade Federal da Bahia, mesma instituição onde Juliano Moreira, médico psiquiatra, homem negro, lutou ativamente no combate ao racismo científico. Poucas são as informações sobre a infância e a família de Neusa (Aires; Tavares, 2021).

Desde o início da graduação em Medicina, apresentou interesse pela Psiquiatria. Ainda durante o curso foi assistente em um sanatório localizado no Largo da Lapinha, na cidade de Salvador-BA. Na segunda metade dos anos 1970, radicou-se no Rio de Janeiro no intuito de

aprofundar seus estudos em Psiquiatria e Psicanálise. Ingressou no mestrado no Instituto de Psiquiatria e Saúde Mental da Universidade Federal do Rio de Janeiro. Segundo as autoras Aires e Tavares (2021), Neusa carregou consigo a estrangeiridade: ser mulher negra entre homens brancos no espaço universitário do Rio de Janeiro

No mestrado, Neusa escreveu uma dissertação intitulada “Tornar-se Negro: as vicissitudes da identidade do negro brasileiro em ascensão social”, orientada por José Otávio de Freitas Júnior e coorientada por Gregório Barenblitt. No texto, teorizou, a partir de sua própria vivência enquanto mulher negra, discorrendo sobre sua realidade, sua dor, suas angústias. A dissertação seria posteriormente transformada no livro “Tornar-se negro”, publicado no ano de 1983, sendo a mais difundida de suas obras. O livro foi uma obra inovadora e visceral, contribuiu para produzir mudanças na Psicanálise que, até então, era extremamente elitizada, exercida por homens brancos, médicos e de classe social abastada (Aires; Tavares, 2021).

Em seu livro, Neusa apresentou questões sociopolíticas acerca do negro brasileiro e estabeleceu diálogos com as ideias de Fanon. Apontou a ausência e precariedade de estudos sobre a vida emocional dos negros no Brasil. Ressaltou a absoluta ausência de um discurso, elaborado pelo negro, acerca de si mesmo. Para Nasciutti (2022), “Tornar-se negro” escancarou a dimensão menos imediata, porque menos evidente, do racismo na sociedade brasileira, a partir da consideração dos conflitos intrapsíquicos de pessoas negras em processo de ascensão social.

Foi Neusa Santos Souza quem situou a produção deste discurso como a possibilidade de (re)organizar uma identidade negra, pautada no amor a si e à negritude, a partir de sua construção: ‘ser negro não é uma condição dada *a priori*. É um vir a ser. Ser negro é tornar-se negro’ (Nasciutti, 2022, p.1).

Neusa atuou como médica psiquiatra no Núcleo de Atendimento Terapêutico (NAT), no Centro Psiquiátrico Pedro II, no espaço denominado Casa Verde Núcleo de Assistência em Saúde Mental, que também funcionava como hospital-dia. Lá, realizava atendimentos

psicoterapêuticos e organizava diversos seminários. Mesmo antes da disseminação dos princípios da Reforma Psiquiátrica Brasileira, Neusa já adotava práticas inovadoras e humanizadas, como o uso terapêutico da arte (Aires; Tavares, 2021).

Em sua trajetória, Neusa dialogou com movimentos sociais antirracistas desde o fim dos anos de 1970, especialmente o Movimento Negro Unificado (MNU) do Rio de Janeiro. Atuou no Instituto de Pesquisa e Estudos Afro-Brasileiros (Ipeafro) e realizou vários encontros com militantes e estudantes do Instituto de Pesquisa das Culturas Negras para debater temas presentes em “Tornar-se Negro”. Nos últimos anos de sua vida, afastou-se da militância acerca das questões raciais, dedicando-se exclusivamente aos estudos e trabalhos sobre saúde mental e Psicanálise. Algumas das principais obras desenvolvidas por Neusa em seu tempo de vida foram os livros: “Tornar-se negro: as vicissitudes da identidade do negro brasileiro em ascensão social” (1983), “A psicose: um estudo lacaniano” (1991) e “O objeto da angústia” (2005). Em 20 de dezembro de 2008, Neusa se suicidou aos 60 anos de idade. Não era casada, não teve filhos e sua riqueza material eram obras de arte (Aires; Tavares, 2021).

A contribuição de Neusa Santos para a saúde mental no Brasil é potente e grandiosa e inaugura um debate contemporâneo e analítico sobre o racismo em nossa sociedade. Mesmo se tratando de uma importante referência nos estudos sobre as consequências do racismo na sociedade brasileira, a obra de Neusa ainda é pouco discutida nos espaços acadêmicos e por muitos anos esteve fora de circulação.

5. Considerações finais

O apagamento do debate étnico-racial na Reforma Psiquiátrica e na Luta Antimanicomial seguem como temáticas pouco problematizadas no Brasil. A invisibilidade do racismo e de suas consequências para a saúde mental de negros e negras pode ser constatada no interior dos

serviços de saúde mental e nos projetos terapêuticos dos usuários que recorrem a estes serviços.

A inserção da temática étnico-racial e principalmente dos efeitos do racismo no sofrimento, dor e morte é urgente, deve estar presente nas discussões e debates nos serviços que compõem a Rede de Atenção Psicossocial, nas formações acadêmicas de profissionais de saúde, na elaboração e implementação de políticas públicas de saúde, nas pesquisas e produções acadêmicas. O racismo no Brasil é um fenômeno presente e, ao mesmo tempo, negado (Zamora, 2012).

O apagamento e o silenciamento das contribuições de Frantz Fanon, Ivone Lara e Neusa Santos para a atenção em saúde mental e para a Reforma Psiquiátrica Brasileira fazem parte de narrativas que excluem a perspectiva negra em vários campos do conhecimento. Neusa e Fanon foram fundamentais na compreensão dos impactos do racismo na subjetividade de pessoas negras, sendo pioneiros em discussões muito à frente de seu tempo.

Racializar a saúde mental no Brasil possibilita compreender as relações de poder e dominação que silenciaram a questão étnico-racial da saúde mental brasileira e apagaram as contribuições de pesquisadores e trabalhadores negros, principalmente mulheres, do movimento da Reforma Psiquiátrica. Como afirma Passos (2018), racializar os corpos e a própria história fazem parte dos novos rumos da Luta Antimanicomial.

REFERÊNCIAS

AIRES, Suely; TAVARES, Jeane Saskya Campos. Encruzilhadas e entrelinhas: a atualidade do pensamento de Neusa Santos Souza. In: DAVID, Emiliano de Camargo; PASSOS, Rachel Gouveia; FAUSTINO, Deivison Mendes; TAVARES, Jeane Saskya Campos. (Org.). **Racismo, subjetividade e saúde mental: pioneirismo negro**. 1ed. São Paulo: Hucitec, 2021, v. 1, p. 60-73.

ALMEIDA, Silvio Luiz de. **Racismo estrutural**. Coleção Feminismos Plurais / coordenação de Djamila Ribeiro. São Paulo: Pólen, 2019.

AMARANTE, Paulo. **Saúde Mental e Atenção Psicossocial**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2007.

BURNS, Mila. **Nasci para sonhar e cantar Dona Ivone Lara: a mulher no samba**. Rio de Janeiro/São Paulo: Record, 2009.

COSTA, Pedro Henrique Antunes; MENDES, Kíssila Teixeira. Contribuição à Crítica da Economia Política da Contrarreforma Psiquiátrica Brasileira. **Argumentum**, [S. l.], v. 12, n. 2, p. 44–59, 2020.

DAMASCENO, Marizete Gouveia; ZANELLO, Valeska M. Loyola. Saúde mental e racismo contra negros: produção bibliográfica brasileira dos últimos quinze anos. **Psicologia: Ciência e Profissão**, v. 38, p. 450–464, 2018.

DAVID, Emiliano de Camargo; VICENTIN, Maria Cristina Gonçalves. Nem crioulo doido nem negra maluca: por um aquilombamento da Reforma Psiquiátrica Brasileira. **Saúde em Debate**, v. 44, n. spe3, p. 264–277, out. 2020.

DAVID, Emiliano de Camargo; PASSOS, Rachel Gouveia; FAUSTINO, Deivison Mendes; TAVARES, Jeane Saskya Campos. (Org.). **Racismo, subjetividade e saúde mental: pioneirismo negro**. 1ed. São Paulo: Hucitec, 2021. v. 1. 164p.

DUARTE, Marco José de Oliveira. Racismo, subjetivação e saúde mental: contribuições para a reforma psiquiátrica antimanicomial. In: DAVID, Emiliano de Camargo; PASSOS, Rachel Gouveia; FAUSTINO, Deivison Mendes; TAVARES, Jeane Saskya Campos. (Org.). **Racismo, subjetividade e saúde mental: pioneirismo negro**. 1ed. São Paulo: Hucitec, 2021, v. 1, p. 21–34.

FANON, Frantz. **Os condenados da terra**. Juiz de Fora: Editora UFJF, 2015.

FAUSTINO, Deivison Mendes. **Frantz Fanon: um revolucionário particularmente negro**. São Paulo: Ciclo Contínuo, 2018.

LARA, Dona Ivone. [Intérprete]. **Alguém me avisou**. Rio de Janeiro: WEA, 1981. 1 LP (37:05 min) Gravação de som.

MENEGAT, Elizete Maria; DE OLIVEIRA DUARTE, Marco José; DE FÁTIMA FERREIRA, Vanessa. Os novos manicômios a céu aberto: cidade, racismo e loucura. **Revista Em Pauta: teoria social e realidade contemporânea**, v. 18, n. 45, 2020.

NASCIUTTI, Luiza Freire. SOUZA, Neusa Santos. Tornar-se negro: Ou as vicissitudes da identidade do negro brasileiro em ascensão social. Rio de Janeiro: Zahar, 2022. **Revista Mana**, v. 28, n. 3., p. 1–4, dez. 2022.

PASSOS, Rachel Gouveia. “De escravas a cuidadoras”: invisibilidade e subalternidade das mulheres negras na política de saúde mental brasileira. **Revista O Social em Questão**, Rio de Janeiro, n. 38, mai.-ago./2017.

PASSOS, Rachel Gouveia. “Holocausto ou Navio Negroiro?”: inquietações para a Reforma Psiquiátrica brasileira / Holocaust or “The Ship Negroiro?”: concerns for the Brazilian Psychiatric Reform. **Argumentum**, [S. l.], v. 10, n. 3, p. 10–23, 2018.

PASSOS, Rachel Gouveia; MORAES, Andressa da Silva de. Entre os sambas, os bambas e a loucura: o discreto protagonismo de D. Ivone Lara na saúde mental. In: DAVID, Emiliano de Camargo; PASSOS, Rachel Gouveia; FAUSTINO, Deivison

Mendes; TAVARES, Jeane Saskya Campos. (Org.). **Racismo, Subjetividade e Saúde mental: Pioneirismo Negro**. 1ed. São Paulo: Hucitec Editora, 2021, v. 1, p. 1-165.

SANTOS, Katia Regina da Costa. **Dona Ivone Lara: voz e corpo da síncope do samba**. 2005. Tese (Doutorado em Filosofia) - Faculty of the University of Georgia, Athens, 2005.

SANTOS, Ynaê Lopes dos. Crítica à degenerescência racial e reforma psiquiátrica de Juliano Moreira. In: DAVID, Emiliano de Camargo; PASSOS, Rachel Gouveia; FAUSTINO, Deivison Mendes; TAVARES, Jeane Saskya Campos. (Org.). **Racismo, Subjetividade e Saúde mental: Pioneirismo Negro**. 1 ed. São Paulo: Hucitec Editora, 2021, v. 1, p.35-45

SAÚDE MENTAL, II Congresso Nacional de Trabalhadores em. Manifesto de Bauru (1987). **InSURgência: revista de direitos e movimentos sociais**, Brasília, v. 3, n. 2, p. 537-541, 2018.

SEVALHO, Gil; DIAS, João Vinícius dos Santos. Frantz Fanon, descolonização e o saber em saúde mental: contribuições para a saúde coletiva brasileira. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 27, p. 937-946, 2022.

SOARES, Léa Beatriz. Teixeira. **Terapia Ocupacional: lógica do capital ou do trabalho? Retrospectiva histórica da profissão no Estado brasileiro de 1950 a 1980**. São Paulo: Hucitec. 1991.

ZAMORA, M. H. R. N. Desigualdade Racial, Racismo e seus Efeitos. **Fractal: Revista de Psicologia**, v. 24, n. 3, p. 563-578, 31 dez. 2012.

Vamos esclarec... opa, escurecer algumas coisas?

Relatos e reflexões de uma Terapeuta Ocupacional no enfrentamento ao Racismo Institucional e a adoção de Práticas Antirracistas em um Centro de Atenção Psicossocial

Suzana de Almeida Gontijo
Daniela de Melo Gomes

Racializando o debate na Saúde Mental

Debruçar-se sobre a história da loucura no Brasil é se deparar com a irrefutável constatação de que o racismo e os processos de manicomialização caminharam lado a lado, sendo o manicômio mais um dos espaços de controle, desumanização e exclusão de sujeitos negros. Apesar disso, a saúde mental da população negra ainda é tema invisibilizado. Rompendo com isto, este capítulo tem como objetivo refletir sobre a experiência de uma terapeuta ocupacional negra, componente da equipe de um Centro de Atenção Psicossocial II, no reconhecimento e criação de estratégias de enfrentamento ao racismo institucional e adoção de práticas antirracistas. O silêncio foi quebrado.

Permita que eu fale
Não as minhas cicatrizes
Elas são coadjuvantes
Não, melhor figurantes
Que nem devia tá aqui
(...)
Se isso é sobre vivência
Me resumir a sobrevivência
é roubar o pouco de bom que vivi
(...)

Achar que essas mazelas me definem
É o pior dos crimes
É dar o troféu pro nosso algoz
e fazer nós sumir..
(Emicida, 2019)¹

Debater e se pautar na adoção de práticas antimanicomiais por si só não garantem que serviços substitutivos de saúde mental contribuam para a visibilidade e redução das iniquidades em saúde relacionadas à raça, o que colabora, portanto, para a manutenção do racismo estrutural. São muitos os fatores que podem contribuir para a invisibilidade do debate interseccional nos serviços de saúde, como o mito da democracia racial, racismo científico e epistemológico, falta de letramento racial dos trabalhadores, entre outros. Porém, observa-se que, quando esta dimensão ganha visibilidade na equipe e esta se abre para olhar para si e suas práticas, emergem inúmeras possibilidades de ações e posturas que aproximam a clínica da realidade dos sujeitos assistidos, seus territórios e comunidades, possibilitando campos de diálogos mais autênticos e transformadores.

A experiência aqui relatada permitiu o contato com discussões acerca das aproximações entre a luta antimanicomial e a luta antirracista e a reflexão do cotidiano de um serviço substitutivo aberto a racializar sua clínica. Emergiram, assim, alguns questionamentos: como um Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) pode colocar em prática ações de enfrentamento ao racismo, buscando escurecer sua clínica de maneira que práticas antirracistas transversalizem seu cotidiano, ações administrativas e terapêuticas coletivas, individuais e comunitárias? Como a presença de uma trabalhadora negra, comprometida com o tema, pode contribuir para este processo de tomada de consciência e responsabilidade do serviço com este enfrentamento?

¹ Trecho da música “AmarElo”, lançada em 2019, no álbum de mesmo nome, pelo rapper, cantor, compositor e apresentador Emicida.

Para responder essas e outras perguntas, apoiamo-nos em autores e autoras que se debruçam sobre estudos decoloniais e afrodiaspóricos, saúde mental da população negra, saúde mental e interseccionalidade e alguns conceitos serviram como eixos norteadores/pontos de partida para as reflexões.

O primeiro conceito norteador é o de racismo. O racismo no Brasil é estrutural e estruturante, sendo definido como um conjunto de princípios, valores, normas, estruturas e ideias que fundamentam um funcionamento social que normaliza, domestica e naturaliza distinções sociais, políticas, jurídicas, econômicas e epistêmicas, material e subjetivamente inscritas a partir de bases racializadas (Moura, 1985² *apud* Oliveira, 2020; Nascimento, 1978³ *apud* Oliveira, 2020).

O segundo conceito norteador aparece como resposta teórica para a multiplicidade e as importantes diferenças entre as mulheres, a interseccionalidade. Foi Kimberlé Crenshaw a autora negra responsável pela popularização do termo, que representa uma abordagem multidisciplinar sobre as múltiplas formas de dominação e subordinação de mulheres e sobre as formas de luta e organização política destas. Vem de um importante processo de reconhecimento de diferenças e particularidades entre mulheres, uma vez que as mulheres negras e indígenas não se viam representadas ou não viam suas lutas abarcadas no movimento feminista, que elas denominaram “feminismo branco acadêmico” (Gouveia; Pereira, 2017).

O terceiro eixo norteador é de que uma clínica antimanicomial não separa o cuidado centrado no sujeito dos marcadores sociais, como raça, gênero, sexualidade e classe que o atravessam e o constituem enquanto sujeito social.

² MOURA, C. **Sociologia do Negro Brasileiro**. 2. ed. São Paulo: Perspectiva, 2019.

³ NASCIMENTO, A. **O genocídio do negro brasileiro: processo de um racismo mascarado**. Rio de Janeiro: Editora Paz e Terra, 1978.

“Também tenho olho azul, tá?”: refletindo sobre determinantes sociais e iniquidades em saúde

Do negror de meus oceanos a dor submerge revisitada
esfolando-me a pele que se alevanta em sóis
e luas marcantes de um tempo que aqui está
(Conceição Evaristo, 2006).

Aquela tarde se tornaria um grande marco na minha trajetória como trabalhadora de um serviço substitutivo, como militante antimanicomial e antirracista. Foi nesta tarde que me deparei com uma mulher negra, em crise, que parecia saber muito bem quais corpos detém o poder neste país. Ela descrevia-se enquanto pessoa branca de olhos azuis, se dizia mais importante que o prefeito e ameaçava fechar o serviço. Ela sabia qual corpo se assentava bem no lugar de quem mandava. Aquela cena seria um importante passo rumo a uma clínica “desnorteada”.

Emiliano Carmago David (2022), em sua tese de doutorado, usa o verbo “desnortear” para nomear uma nova clínica, que caminha em direção ao sul, e não mais somente ao norte (em alusão aos hemisférios com seus paradigmas e poderes). Uma clínica sensibilizada para a compreensão e manejo das relações raciais na saúde/saúde mental, abrindo espaço para outros modos de saber, pensar e cuidar, respeitando a singularidade de cada usuário/sujeito atendido em seus distintos territórios, respeitando os direitos humanos, atendendo ao princípio da equidade racial e, acima de tudo, levando em conta o papel do racismo na história brasileira e na atualidade, dando visibilidade à saúde mental da população negra. Desnorteando lugares, dando lugar a outros saberes da loucura, trabalhando com geopolíticas epistemológicas – pós-coloniais/decoloniais. Tomo emprestado o termo para compartilhar do meu processo rumo a uma clínica desnorteada.

Ser uma trabalhadora do Sistema Único de Saúde (SUS) permite vivenciar no cotidiano como a população negra é atravessada

por diversas formas de violência, exclusões e barreiras de acesso. Nos acolhimentos realizados, relatos de um cotidiano de privação de alimentação de qualidade, de acesso à cultura e ao lazer, aos serviços de saúde, ao transporte público, em especial, nos distritos e áreas rurais. Relatos de uma infância marcada pelo trabalho, pela necessidade de interromper estudos. Problemas de moradia, falta de água. Desemprego ou condições de trabalho precárias, sem acesso aos direitos trabalhistas. Na continuidade do cuidado, a ausência nas consultas por dificuldades financeiras ou falta do transporte público, a visão da permanência-dia no serviço como uma garantia de acesso a alimentação de qualidade e outras necessidades básicas. Uma complexa engrenagem que causa/agrava o sofrimento e limita/dificulta os processos de reabilitação. Essa engrenagem pode ser chamada de determinantes sociais e iniquidades em saúde.

Os determinantes sociais de saúde (DSS) são os fatores sociais, econômicos, culturais, étnicos/raciais, psicológicos e comportamentais que influenciam a ocorrência de problemas de saúde e seus fatores de risco. Expressam que condições de vida e trabalho estão relacionadas com as situações de saúde, evitando uma abordagem fragmentada dos problemas (Pelegrini Filho; Buss, 2007; Galvão, 2021).

As diferenças consideradas evitáveis, injustas e indesejáveis são as chamadas iniquidades em saúde. Enfrentá-las é compromisso do SUS, que tem em seus princípios a integralidade, a universalidade e a equidade, sendo um direito a igualdade na assistência à saúde, sem preconceitos ou privilégios. O racismo é elemento fundamental para a manutenção dessas iniquidades, mantendo a população negra em vulnerabilidade social, programática (necessidades específicas invisibilizadas nos programas de atenção) e individual (efeitos psíquicos adversos da interação entre querer e temer se integrar) (Batista; Escuder, 2003; David, 2018). Em 2011, a Organização Mundial de Saúde (OMS) incorporou a definição de Determinantes Estruturais como marcadores de classe social, raça/etnia e gênero, reconhecendo

o contexto e a estrutura social na origem da distribuição de poder, prestígio e discriminação, atuando assim na situação desigual de saúde e bem-estar social apontando, então, que qualquer esforço para a redução das desigualdades na saúde envolve a alteração da distribuição do poder na sociedade, capacitando os indivíduos para desafiar e modificar a distribuição injusta e diferente dos recursos sociais (as condições para a saúde) a que todos os cidadãos têm direito e aspiram (Carvalho, 2013).

O Censo 2010 apontou que a população que se autodeclara negra (preta e parda) é maioria no país e que prevalecem nela uma série de desigualdades relacionadas às condições sociais e materiais de vida (escolaridade, trabalho, serviços de saúde, direitos, participação no poder) além do preconceito em si, relacionado à cor (Lages *et al.*, 2017). Kabengele Munanga, antropólogo e professor brasileiro-congolês, compara o racismo a um iceberg, “cuja parte visível corresponderia às manifestações do preconceito, tais como as práticas discriminatórias que podemos observar através dos comportamentos sociais e individuais” (Munanga, 2002, p. 11), e que a parte submersa do iceberg corresponde, metaforicamente, às consequências dos efeitos da discriminação na estrutura psíquica das pessoas.

Pensando nos efeitos da discriminação racial, temos, por exemplo, a publicação pelo Ministério da Saúde, em 2018, da cartilha “Óbitos por suicídio entre adolescentes e jovens negros 2012 a 2016”, uma parceria com a Secretaria Nacional de Políticas de Promoção da Igualdade Racial do Ministério dos Direitos Humanos. O objetivo era auxiliar a compreensão das vulnerabilidades e instrumentalizar a gestão no desenvolvimento de estratégias para prevenção do suicídio e atendimento integral para as faixas etárias mais jovens da população negra. Os dados foram alarmantes. A taxa de mortalidade por suicídio entre adolescentes e jovens apresentou um crescimento estatisticamente significativo no período de 2012 a 2016, ao passo que entre jovens brancos esta taxa permaneceu estável. Em todos os anos

analisados, o número de suicídios foi maior entre adolescentes e jovens negros, quando comparados com os brancos. Foi observado que em 2016, a cada 100 suicídios em adolescentes e jovens brancos, ocorreram 145 suicídios em negros, isto é, em 2016, o risco de suicídio foi 45% maior em adolescentes e jovens negros comparados aos brancos (Brasil, 2018).

Apesar da pouca coleta de dados relacionados à raça e saúde, os dados analisados comprovam o quão a população negra é mais afetada pelos determinantes e iniquidades em saúde, o que torna essa discussão inadiável.

Sobre máscaras de ferro e silêncios (in)cômodos

Às vezes eu temo escrever. A escrita adentra o medo
Para que eu não possa escapar de tantas construções coloniais
Nesse mundo eu sou vista como um corpo que não pode produzir
conhecimento
Como um corpo fora do lugar. Eu que, enquanto
escrevo.
Cada palavra escolhida por mim será examinada.
E, provavelmente, deslegitimada. Então, por que eu escrevo? (...)
Escrevo, quase como na obrigação
Para encontrar a mim mesma enquanto eu escrevo
Eu não sou o Outro. Mas a própria voz. Não o objeto. Mas o sujeito.
Torno-me aquela que descreve e não a que é descrita.
Eu me torno autora, e a autoridade em minha própria história
Eu me torno a oposição absoluta ao que o projeto colonial predeterminou
Eu retorno a mim mesma. Eu me torno
(Kilomba, 2015)⁴

No CAPS onde se deu a experiência, a população negra é maioria atendida. Ainda que evidentes as diversas formas de exclusão que a atravessam, o debate sobre raça e interseccionalidade eram pontuais e referenciais não-europeus eram desconhecidos pela equipe. Para Marco

⁴ Tradução livre do texto “While I Write” de Grada Kilomba.

Oliveira Duarte (2021), os saberes *psis* negligenciaram historicamente o combate ao racismo e o tratar da saúde mental da população negra. O silenciamento, a invisibilidade e a omissão sobre essa temática nas produções acadêmicas e no trabalho nas instituições tornaram-se, por muito tempo, um tabu ou tema secundário. Apesar de raros, o autor cita avanços no campo epistêmico negro brasileiro, como as contribuições de socióloga e psicanalista Virgínia Bicudo (1910-2003), a psiquiatra e psicanalista Neusa Santos Souza (1948-2008) e da filósofa Aparecida Suely Carneiro (1950-), dentre outras mulheres que na atualidade tem ampliado esse legado.

Este apagamento de saberes e produções acadêmicas, teóricas, literárias, científicas etc., que fogem de uma perspectiva branca europeia, é também uma expressão da dominação colonial que leva o nome de epistemicídio. Grada Kilomba (2019) abre seu livro “Memórias de Plantação” falando sobre a máscara que Anastácia, mulher negra escravizada, era obrigada a usar. Instrumento composto por um metal que era colocado no interior da boca do sujeito negro, fixado por detrás de sua cabeça de modo a impedi-lo de comer cana de açúcar ou cacau enquanto trabalhava na lavoura, mas que tinha como principal função a mudez e o medo, visto que a boca era um lugar de silenciamento e de tortura. Quem pode falar? O que acontece quando falamos? Sobre o que podemos falar? Kilomba traz este cruel instrumento como metáfora para debater sobre epistemicídio e as políticas de silenciamento do colonialismo.

Foi através desse silenciamento histórico de sujeitos e suas produções que a sociedade se construiu epistemologicamente numa perspectiva única, branca e colonial. A epistemologia, que pode ser definida como estudo do conhecimento, determina quais temas merecem atenção e quais narrativas e formatos podem ser usados para a produção de conhecimento confiável. O colonialismo também se fez presente aí, ao suprimir muitas formas de saber próprias dos povos e nações colonizados, relegando saberes para espaços subalternos. Para

o filósofo sul-africano Mogobe Ramose (2011, p. 4) o epistemicídio é o assassinato e recusa da produção de conhecimento de determinados povos, matando o próprio ser que por elas se constituem, “cometendo assassinato das maneiras de conhecer e agir dos povos africanos”. Ramose reconhece, então, no processo de colonização a arma letal que neutraliza a humanidade dos povos africanos (Ribeiro, 2019).

Para Walter Praxedes (2010⁵ *apud* David, 2022), uma sociedade multicultural não pode aceitar que só os conhecimentos proporcionados pela visão de mundo eurocêntrica, branca, católica e masculina estejam representados. Não se trata, porém, de discutir/questionar a qualidade e relevância desses saberes, e sim sua pretensão em serem universais. Também não se trata de afirmar que haja uma produção de saber em saúde mental própria para a população negra, mesmo porque o racismo gera distintos efeitos psíquicos para os diversos grupos étnicos raciais.

Como dito, ao chegar no serviço observei que falar sobre racismo e sobre o impacto deste na saúde mental da população negra era pauta pouquíssimo abordada. As ações acerca do tema eram concentradas no mês de novembro, no qual oficinas terapêuticas buscavam ofertar atividades relacionadas à cultura negra, através de rodas de conversa, leituras e exibição de filmes. Apesar da iniciativa das monitoras, a dimensão raça seguia com pouquíssima visibilidade nas reuniões de equipes, construções de projetos terapêuticos singulares e institucionais, discussões de caso e espaços de construção de estratégias de melhoria do atendimento. Durante as discussões, os trabalhadores compartilhavam o quanto em suas formações a saúde mental da população negra não foi abordada, além da ausência ou escassez de referenciais teóricos não eurocêtricos.

⁵ PRAXEDES, Walter Lúcio de Alencar. A questão racial e a superação do eurocentrismo na educação escolar. In: COSTA, Luciano Gonsalves (org.). **História e cultura afro-brasileira: subsídios para a prática da educação sobre relações étnico-raciais**. Maringá: Eduem, 2010. p. 39-54.

Tal realidade não é exclusiva do serviço em questão. Falar sobre a saúde mental da população negra ainda é tema recente na agenda da Reforma Psiquiátrica Brasileira, mesmo que dois dos principais manifestos desta, a ‘Carta de Bauru’ e a ‘Carta de Bauru – 30 anos depois’, sustentem que o racismo é uma configuração manicomial.

Na primeira carta, em 1987, os usuários(as), trabalhadores(as), militantes, pesquisadores(as), estudantes, familiares, entre outros(as), apontaram o combate à discriminação e seus diversos mecanismos de opressão como nas fábricas, instituições de adolescentes, cárceres, a discriminação contra negros, homossexuais, índios, mulheres (David; Vicentin, 2020). Na segunda carta (2017), representantes das mesmas esferas manifestaram-se defendendo a igualdade racial, posicionando-se contra o genocídio e a criminalização de jovens negros(as) e reconhecendo “a necessidade urgente de articulação da Luta Antimanicomial com os movimentos feministas, negro, LGBTQI, movimento da população de rua, por trabalho, moradia, indígena entre outros, a fim de construirmos lutas conjuntas” (Bauru, 2017). Ou seja, há na Carta de Bauru a definição de um projeto de desinstitucionalização de base basagliana, que chama atenção para diversos outros tipos de opressões existentes na sociedade, em especial as de gênero, raça/etnia e classe (Gouveia; Pereira, 2017).

Emiliano Camargo David e Maria Cristina Gonçalves Vicentin (2020) também apontam como a invisibilidade/inexistência desses debates e análises pela Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) tem como consequência que políticas fundamentais para o cuidado em saúde mental da população negra não sejam incorporadas no cotidiano dos serviços do SUS, como é o caso da Política Nacional de Saúde Integral da População Negra (PNSIPN) de 2010. As duas políticas aproximam-se, uma vez que ambas buscam equidade e universalidade, avalizando que o cuidado se dá no dever de atender igualmente cada um, porém reconhecendo especificidades e valorizando as diferenças.

Tirando a máscara

Gosto de dizer ainda que a escrita é para mim
o movimento de dança-canto que o meu corpo não executou,
é a senha pela qual eu acesso o mundo.
(Conceição Evaristo, 2006).

Ser uma trabalhadora negra (no caso, a única referência técnica negra do serviço) trouxe importantes nuances para minha prática cotidiana. Usuários logo se aproximaram, desde a minha chegada. Curiosos sobre cuidados com cabelo crespo e uso de turbante, sobre minha formação e minha autodeclaração, afinal, para eles eu era “doutora”. Algumas usuárias solicitaram que eu assumisse seu referenciamento técnico, falando de uma identificação, mas que não sabiam dizer de onde, ou por quê.

Estava ali, vivendo na prática, uma interpretação do que sempre ouvi e repeti: que a referência técnica empresta o corpo e dá contorno para a política. Percebi que meu corpo, o corpo de uma mulher negra, trazia novas possibilidades de troca e cuidado para aquelas usuárias e usuários. Quanta potência! Porém, este mesmo corpo experimentava conflitos e contradições.

Este mesmo corpo, na reunião de equipe ou outros espaços coletivos de trabalhadores, ainda se colocava de maneira insegura e retraída quando o assunto era racismo e seus impactos na saúde mental. Sentia-me deslocada e pouco embasada para problematizar e debater tais questões. Solitária nos meus questionamentos e reflexões. Faltavam-me referenciais não eurocêtricos e pessoas também interessadas e provocadas por esta temática para que pudéssemos fazer trocas.

No ano de 2018, o CAPS promoveu, junto a uma Universidade, um curso de extensão sobre saúde mental e direitos humanos, que contou com a presença de um palestrante que trouxe incômodas e irrefutáveis provocações acerca da relação entre a manicomialização e o racismo.

O debate, inédito para a maioria dos colegas, em mim reverberou como uma grande licença, empoderamento e incentivo para que pudesse colocar de maneira mais contundente as observações que vinha construindo ao longo dos meus anos de trabalho. Alguns corpos nos tocam e nos movem mais? Alguns corpos em crise nos assustam mais que outros? Alguns corpos sofrem mais intervenções involuntárias?

Em seu mestrado, desenvolvido em um Centro de Atenção Psicossocial Infantojuvenil (CAPS IJ), David (2018) estudou as relações entre atenção psicossocial e racismo na perspectiva dos profissionais e concluiu que é decisiva a presença de profissionais negras(os) nas equipes como atrizes/atores sensíveis cultural, política e subjetivamente à questão do racismo (e que muitas vivem/viveram efeitos semelhantes aos que identificaram nos/as usuários). Além disso, que o reconhecimento dos possíveis efeitos como uma questão antimanicomial pode levar a uma ampliação do agir em saúde, que contribua para a promoção da equidade racial e a desinstitucionalização do racismo, que ele chamou de aquilombação do CAPS (David, 2022).

Falar de raça nas discussões de equipe despertava diferentes sentimentos. Ora traziam grande sentido à minha presença, ora traziam grande incômodo e responsabilidade solitária. Seria eu a única pessoa responsável por *escurecer* este debate? Se eu não falo, alguém fala? Somente uma trabalhadora negra poderia e deveria falar sobre? É só minha responsabilidade? A identificação de usuárias e usuários negros, a solicitação de referenciamento técnico, apontava para um potente encontro ao passo que me provocava. Só pessoas negras podem referenciar usuários negros? Os técnicos brancos não possuem ferramentas para cuidar dessas pessoas?

Faustino (2021) destaca que os movimentos negros reivindicaram a atenção à saúde da população negra como um elemento necessário para o SUS, mas que estes nunca pediram um “SUS preto ou para pretos”. O que se almeja é que o racismo na saúde seja observado e que se tenha essas especificidades como um elemento de atenção à

saúde. Porém, isso foi entendido como uma tentativa do movimento negro em racializar a saúde e promover segregação nas formas de atendimento. David (2022) complementa que a luta sempre foi para que os possíveis efeitos psicossociais do racismo na saúde/saúde mental sejam considerados e que se desenvolvam ferramentas de cuidado, sem criar um modo específico de cuidado em saúde mental da população negra.

Escurecendo o debate

Iniciei uma especialização em saúde mental e atenção psicossocial pela Escola de Saúde Pública de Minas Gerais (ESP-MG) em 2021. Diferente de outros espaços de formação, percebi investimento na discussão interseccional e suas influências no processo de saúde-doença, com a presença de perspectivas e produções decoloniais. Bartholomeu (2020), ao analisar as contribuições de Sueli Carneiro e Lélia Gonzalez, importantes intelectuais brasileiras negras, aponta que tais produções provocam um deslocamento de olhar a partir da produção de conhecimento e história feita por mulheres negras que criticam interpretações consagradas no Brasil sobre o que é ser mulher negra e pobre. Para Kilomba (2019 *apud* Bartholomeu, 2020) a ideia de descolonização propõe um tornar-se sujeito, exercendo o direito de definir suas próprias realidades, estabelecer suas próprias identidades e nomear suas histórias. Escrever torna-se então ato de se descolonizar!

Durante a especialização, raça, classe e gênero não foram tratados como recortes, mas como são: dimensões estruturantes. Esta experiência possibilitou importante processo interno. Ampliação de olhares, contato com novas leituras e com outros trabalhadores investidos em propostas e pesquisas decoloniais, abertura para me expressar. E, principalmente, testemunhar a extrema potência de espaços como estes despertou um grande desejo de compartilhar, de maneira mais ampla e sistemática, com meus colegas de rede, o que eu, como uma trabalhadora comprometida com políticas públicas equânimes, estava refletindo.

Com o apoio da gestão, em 2022, pude facilitar um processo de formação com os trabalhadores da RAPS do município. Com leitura de artigos, vídeos, músicas e literatura, debatemos temas considerados polêmicos como: quem é negro no Brasil? O que isso tem a ver com minha clínica? Será que existe mesmo racismo no Brasil? O que é racismo institucional? Questões relacionadas ao que seriam pautas identitárias, o receio de desconsiderar a subjetividade e de contrariar o conceito de universalidade fizeram-se presentes. Pude perceber que as questões ali debatidas eram as mesmas que surgiam nos diferentes espaços da sociedade brasileira, políticos, acadêmicos, midiáticos e nas microrrelações sociais.

Faustino (2021) afirma que a dificuldade do SUS em desenvolver cuidados a certas populações específicas, como indígenas e negras, ancora-se na enganosa ideia da perda (ou ferimento) da universalidade. Emiliano Camargo David (2022), em sua tese de doutorado, traz a contribuição de Jussara Dias e Maria Lúcia da Silva, membras do Instituto AMMA Psique, ao destacarem que a resistência em implementar a PNSIPN é ancorada na essencialização de outro princípio, a singularidade, afastando-se da compreensão desta como construção psicossocial. O primado da singularidade por vezes dificulta as discussões raciais, como se identidades não fossem atributo desse campo ou gerassem identitarismo.

Assim, segundo Faustino (2021), é necessário compreender universal, particular e singular como relacionais e não antagonistas. Para isso, são essenciais três aspectos: o diálogo interdisciplinar, que ultrapasse as fronteiras da especificidade; a urgente revisão da história do Brasil, não mais deixando em segundo plano a raça e o reconhecimento do racismo como DSS. Tadeu de Paula Souza e Sérgio Resende Carvalho (2012⁶ *apud* David, 2022) apontam que a

⁶ SOUZA, Tadeu de Paula; CARVALHO, Sergio Resende. Reduzindo danos e ampliando a clínica: desafios para a garantia do acesso universal e confrontos com a internação

universalidade não pode ser confundida com totalidade, pois, assim, corre-se o risco de uniformizar e homogeneizar o cuidado em saúde. Universalidade funcionaria, então, como uma referência do que deve ser feito (garantir acesso a todos) e não como deve ser feito, apostando que é na equidade que se encontra mais bem descrito como pode ser feito, por exemplo, pela redução de danos, clínica ampliada ou outras diretrizes metodológicas.

O questionamento de quem é negro no Brasil traz em si profundas características do que chamamos de racismo à brasileira, relacionado ao mito da democracia racial, colorismo, entre outras questões de grandes debates. Em relação ao colorismo, Alice Walker, escritora e ativista negra feminista norte americana, foi pioneira no uso do termo para diferenciar as formas de tratamento que pessoas negras recebem de acordo com o tom da pele. O formato do nariz, cor da gengiva e textura do cabelo também influenciam nessa “passabilidade” social, sendo que, quanto mais traços de ascendência africana o indivíduo apresentar, mais racismo sofrerá. (Fontana, 2022).

Para Bernardino (2002), a construção da nação brasileira está estruturada, dentre outras coisas, a partir do mito da democracia racial. Grande parte da população compartilha da ideia de que o Brasil é uma nação que não se caracteriza por conflitos raciais, afinal não teve uma política de segregação como o *apartheid* na África do Sul ou as Leis *Jim Crow* nos Estados Unidos. A maioria da população se vê como misturada e afirma valorizar isto.

A miscigenação, também fruto da política de branqueamento da população, apresentou-se através de uma desvalorização da estética negra. Os casamentos interraciais funcionaram como uma tentativa de “melhorar” a raça, através do nascimento de filhos mais claros.

O mito da democracia racial, do senhor benevolente e a política de branqueamento acarretaram importantes consequências práticas.

A primeira é a crença de que, devido a miscigenação, não existem raças no Brasil (Gilroy, 2001). A segunda consequência é de que, em lugar da raça, admite-se que no país exista apenas uma classificação baseada na cor, como uma mera descrição objetiva da realidade sem implicações político-econômico-sociais. A terceira consequência é de que, então, qualquer tentativa de falar em raça é vista como uma imitação de ideias estrangeiras. Assim, aqueles que falam de políticas sociais para negros são acusados de racismo, pois estariam promovendo separação e se distanciando da ideia de que todos são humanos.

Acredita-se, então, que esquecer o passado é uma forma de combatê-lo, deixando assim que as coisas se resolvam naturalmente e que debater e buscar políticas e ações de diferenciação poderiam criar ou acirrar diferenças. Assim, o Brasil manteve intacto seu padrão e estrutura das relações, sem proposição de políticas de correção de desigualdades, cabendo às pessoas negras a via da infiltração pessoal, que obviamente não possui alcance coletivo.

Muito a fazer e é tudo pra ontem

Aquilombar o CAPS, descolonizar a clínica, escurecer o debate. A trajetória aqui relatada parte do desejo e paixão de uma trabalhadora que entendeu que seu corpo em si já é político e potente de provocações. E que este, quando tomado pelo compromisso, pode disparar importantes e inventivos processos antirracistas. Corpo que muitas vezes se fez escolhido por outros corpos negros, loucos, humilhados e desumanizados, que buscavam neste encontro uma experiência em comum: o atravessamento do racismo e uma possibilidade de identificação positiva com sua cor. Aliar este desejo ao estudo e conhecimento de novas formas de pensar a clínica e a política de saúde mental trouxe um mar de possibilidades.

David (2018) aponta três ações imprescindíveis para gestores, trabalhadores, sociedade e pesquisadores comprometidos com a superação das iniquidades em saúde: o fortalecimento da PNSIPN, o enfrentamento do racismo institucional e a transversalidade do quesito raça/cor em coleta e análise. Os passos aqui relatados são pequenos diante da complexa dívida que este país tem para com sua população negra, mas abrir o debate e quebrar o silêncio já é um importante começo.

Ao longo dos anos observou-se, a partir da abertura da equipe, que a temática étnico-racial ganhou e ganha força, habitando o cotidiano do CAPS. Está para além do mês de novembro, permeando discussões de caso, transversalizando oficinas, visitas nos territórios a fim de conhecer ações e espaços de luta antirracistas, oficinas de turbante e literatura antirracista, de cuidado com os cabelos crespos, maracatu e congado etc. Mas é só um início, há muito pela frente.

Observa-se a necessidade de letramento racial para trabalhadores e usuários, supervisões clínico institucionais que desnor-teiem a equipe em busca de outros recursos terapêuticos para enfrentamento dos impactos do racismo na saúde mental e contato com literaturas e práticas decoloniais que permitam ampliar olhares e raciocínios clínicos, descolonizando olhares para o território e enxergando recursos por vezes invisibilizados pelo racismo. Para Gouveia (2020), fazer uma clínica ampliada é também cuidar do sofrimento ocasionado pelo racismo, sexismo, machismo, elitismo, cisheteronormatividade.

O manicômio faz-se presente e parece reinventar-se em busca de manter seu espaço na sociedade, aparecendo com novas roupagens, nomes ou outras formas de captura. Mas seu público (ou vítimas), desde o início, pouco mudou. Costa (2022) traz a música de Marcelo Yuka (1994), integrante do grupo O Rappa, ampliando a denúncia

de que além do camburão⁷, todo manicômio, e aqui acrescento a comunidade terapêutica, também tem um pouco de navio negreiro. Como combater essas novas formas do manicômio?

Enquanto sociedade, penso que o primeiro passo é olhar de frente para seus preconceitos, encarar sua excludente e perversa realidade. E, a partir daí, resgatar o que a Carta de Bauru já dizia: é preciso se aliar aos movimentos negros, LGBTQIA+, feministas e outros movimentos sociais que buscam a superação das desigualdades, mantendo a luta viva e comprometida com o lema “por uma sociedade sem manicômios”. A partir desta experiência, ficou evidente a necessidade e a potência de se conhecer o território em que o CAPS em questão integra. Novas perguntas surgiram... Quais espaços de resistência e valorização da cultura preta estão ali presentes? Como se aproximar e construir pontes de diálogos de maneira horizontal e colaborativa? Quantas práticas de cuidado são ali ofertadas, porém desconhecidas pelos serviços de saúde?

Para David (2018), a luta antimanicomial será antirracista ou não será. E, para isso, não pode haver receio em se perguntar sobre sua cor, sobre as singularidades dos sofrimentos da população negra e principalmente sobre como reconhecer e transformar as heranças coloniais em suas práticas e saberes. A quem cuida não cabe o receio de se perder (ou se encontrar, ou (re)encontrar), em novas rotas marítimas, atlânticas. Desnortear é preciso e é pra ontem. É tudo pra ontem.

Viver é partir, voltar e repartir
Partir, voltar e repartir
Viver é partir, voltar e repartir (é isso)
Partir, voltar e repartir (é tudo pra ontem)
(Emicida, 2020).

⁷ YUKA, Marcelo [compositor]. **Tudo camburão tem um pouco de navio negreiro**. Rio de Janeiro: Warner Music Group, 1994. 1 cd (62 min). Gravação de som.

REFERÊNCIAS

- BATISTA, Luís Eduardo; ESCUDER, Maria Mercedes Loureiro. **Desigualdades raciais em saúde**. Boletim do Instituto de Saúde, n 31. São Paulo: Imprensa Oficial do Estado, 2003.
- BARTHOLOMEU, Juliana. Escrivências: As contribuições de Sueli Carneiro e Lélia Gonzalez ao pensamento Social Brasileiro. **Pensata: Revista dos Estudantes do Programa de Pós-graduação em Ciências Sociais da UNIFESP**, Itapetininga, v. 9, n. 2, p. 9-20, nov. 2020. Disponível em: <https://periodicos.unifesp.br/index.php/pensata/article/view/11758/8351>. Acesso em: 15 maio 2023.
- BAURU. Carta de Bauru – 30 anos. In: **Encontro de Bauru: 30 anos por uma sociedade sem manicômios**. [internet] Bauru, SP. 8-9 dez 2017. Disponível em: <http://site.cfp.org.br/wp-content/uploads/2017/12/CARTA-DE-BAURU-30-ANOS.pdf>. Acesso em: 07 jan. 2024.
- BERNARDINO Joaze. Ação afirmativa e a rediscussão do mito da democracia racial no Brasil. **Estudos Afro-Asiáticos**, Rio de Janeiro, v. 24, n. 2, p. 247-273. 2002. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/ea/a/a/3xQ6wKrtF8nn4vWy3wprpp>. Acesso em: 18 abr. 2023.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. Departamento de Apoio à Gestão Participativa e ao Controle Social. **Óbitos por suicídio entre adolescentes e jovens negros 2012 a 2016**. Brasília: Ministério da Saúde, 2018.
- CARVALHO, Antônio Ivo. Determinantes sociais, econômicos e ambientais da saúde. In: FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ. **A saúde no Brasil em 2030: prospecção estratégica do sistema de saúde brasileiro: população e perfil sanitário**. Rio de Janeiro: Fiocruz / Ipea / Ministério da Saúde / Secretaria de Assuntos Estratégicos da Presidência da República, 2013. p. 19-38.
- COSTA, Pedro Henrique Antunes. **Justiça por Genivaldo! Todo camburão e manicômio tem um pouco de navio negreiro**. Juiz de Fora, 2022: Esquerda Online. Disponível em: <https://esquerdaonline.com.br/2022/05/26/justica-por-genivaldo-todo-camburao-e-manicomio-tem-um-pouco-de-navio-negreiro/>. Acesso em: 08 jan. 2023.
- DAVID, Emiliano Camargo. **Saúde mental e racismo: a atuação de um Centro de Atenção Psicossocial II Infantojuvenil**. 2018. Dissertação (Mestrado em Psicologia Social) – Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, São Paulo, 2018.
- DAVID, Emiliano Camargo; VICENTIN, Maria Cristina Gonçalves. Nem crioulo doido nem negra maluca: por um aquilombamento da Reforma Psiquiátrica Brasileira. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 44, n. spe. 33, p. 264-277. 2020. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/sdeb/a/pD3P9BXwjVWns4VKfL6jr4s/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 22 abr. 2023.
- DAVID, Emiliano Camargo. **Saúde mental e racismo: saberes e saber-fazer desnordeado na/para a Reforma Psiquiátrica brasileira**

antimanicomial. 2022. Tese (Doutorado em Psicologia Social) – Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, São Paulo, 2022. 207p.

DUARTE, Marco José de Oliveira. Racismo, subjetivação e saúde mental: contribuições para a reforma psiquiátrica antimanicomial. In: DAVID, E. C.; PASSOS, R. G.; FAUSTINO, D. M.; TAVARES, J. S. C. (org.). **Racismo, Subjetividade e Saúde Mental: O pioneirismo negro**. 1 ed. São Paulo: HUCITEC, 2021. p. 21-34.

EMICIDA [intérprete]. **AmarElo**. São Paulo. Gravadora: Laboratório Fantasma. 2019. 1 CD (48min).

EMICIDA [intérprete]; GIL, Gilberto [intérprete]. **É tudo pra ontem**. São Paulo. Gravadora: Laboratório Fantasma/ Sony Music Entertainment. 2020. 1 Single (6min).

EVARISTO, Conceição. **Becos da memória**. Belo Horizonte: Mazza, 2006.

FAUSTINO, Deivison Mendes. **Políticas de saúde/saúde mental no Brasil e os movimentos negros**. In: NUPLIC-PUC-SP – NÚCLEO DE PESQUISA EM LÓGICAS INSTITUCIONAIS E COLETIVAS; NUPRA – NÚCLEO DE PESQUISA EM PRÁTICAS SOCIAIS, ESTÉTICAS E POLÍTICA; PSOPOL-IPUSP – LABORATÓRIO Psicanálise, SOCIEDADE E POLÍTICA. Seminário e Práticas de Intervenções Clínicas Políticas. Seminário com Deivison Mendes Faustino Nkosi e Emiliano de Camargo David. Coord. Enzo Cléto Pizzimenti. 2021. Disponível em: <https://www.youtube.com/watch?v=1bDh831U5ro>. Acesso em: 10 maio 2023.

FONTANA, Larissa da Silva. O colorismo em Alice Walker e a construção interseccional de feminilidades negras. **Revista Letras**, Curitiba, n. 105, p. 140-161, jan/jun. 2022. Disponível em: https://edisciplinas.usp.br/pluginfile.php/7672175/mod_resource/content/1/Colorismo%20em%20Alice%20Walker.pdf. Acesso em: 18 mar. 2023.

GALVÃO, Anna Larice Meneses et al. Determinantes estruturais da saúde, raça, gênero e classe social: uma revisão de escopo. **Saúde e Sociedade**, v. 30, p. e200743, 2021.

GILROY, Paul. **O Atlântico Negro**. São Paulo/Rio de Janeiro: Editora 34/UCAM, 2001.

GOUVEIA, Rachel Passos; PEREIRA, Melissa de Oliveira. Luta Antimanicomial, Feminismos e Interseccionalidades: notas para o debate. In: PEREIRA, Melissa de Oliveira; GOUVEIA, Rachel (org.). **Luta Antimanicomial e Feminismos: discussões de gênero, raça e classe para a Reforma Psiquiátrica brasileira**. 1 ed. Rio de Janeiro: Autografia, 2017, v. 1, p. 25-45.

GOUVEIA, Rachel. “Crimes da Paz”: expressões do racismo na saúde mental da população negra. In: MAGNO, Patrícia Carlos; GOUVEIA, Rachel (org.). **Direitos Humanos, Saúde Mental e Racismo: diálogos à luz do pensamento de Frantz Fanon**. 1ed. Rio de Janeiro: Defensoria Pública do Estado do Rio de Janeiro, 2020, v.1, p. 72-84.

KILOMBA, Grada. **Memórias da plantação: episódios de racismo cotidiano**. Rio de Janeiro: Cobogó, 2019.

KILOMBA, Grada. **While I write** [videoperformance]. Canal Grada Kilomba, 2015. 1 vídeo (Youtube) (2:33 min). Disponível em: www.youtube.com/watch?v=UKUaOwfmAgw. Acesso em: 07 jan. 2024.

LAGES, Sônia Regina Corrêa et al. O preconceito racial como determinante social da saúde-a invisibilidade da anemia falciforme. **Gerais: Revista Interinstitucional de Psicologia**, v. 10, n. 1, p. 109-122, 2017.

MUNANGA, Kabengele. Prefácio. In: CARONE, I.; BENTO, M. A. (org.), **Psicologia social do racismo: estudos sobre branquitude e branqueamento no Brasil**. Rio de Janeiro: Vozes, 2002.

OLIVEIRA, Roberta Gondim. Racismo e suas expressões na saúde. In: MAGNO, Patrícia Carlos; GOUVEIA, Rachel (org.). Direitos Humanos, **Saúde Mental e Racismo: diálogos à luz do pensamento de Frantz Fanon**. 1ed. Rio de Janeiro: Defensoria Pública do Estado do Rio de Janeiro, 2020. p. 58-71.

PELLEGRINI FILHO, Alberto; BUSS, Paulo Marchiori; A saúde e seus determinantes sociais. **PHYSIS: Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 1, p. 77-93. 2007.

PEREIRA, Melissa Oliveira; GOUVEIA, Rachel. Luta Antimanicomial, Feminismos e Interseccionalidades: notas para o debate. In: PEREIRA, Melissa de Oliveira; GOUVEIA, Rachel (Org.). **Luta Antimanicomial e Feminismo: Discussões de Gênero, Raça e Classe para a Reforma Psiquiátrica Brasileira**. 1 ed. Rio de Janeiro: Autografia, 2017. p. 25-43.

RAMOSE, Mogobe. **Sobre a Legitimidade e o Estudo da Filosofia Africana**. v. 4, p. 06-24, out. 2011. Disponível em: http://www.ensaiosfilosoficos.com.br/Artigos/Artigo4/RAMOSE_MB.pdf. Acesso em: 08 jan.2024.

RIBEIRO, Katiuscia. O laboratório de filosofia africana Geru Maã na UFRJ e os desafios para produção de conhecimento sobre filosofia africana e as relações raciais. **Revista Encantar**, v. 1, n. 1, p. 09-27, 2019.

Da reforma psiquiátrica à atenção aos usuários de drogas: contribuições da Psicologia Social Crítica

Daniene Cássia dos Santos

1. Considerações iniciais

Ao longo dos mais de trinta anos de início do processo de Reforma Psiquiátrica Antimanicomial Brasileira, muito vem sendo transformado em diferentes campos da área da saúde, da saúde mental e do atendimento aos usuários de drogas no país. Esta Reforma vem se constituindo enquanto processo histórico em um contexto no qual foram se constituindo também a Reforma Sanitária e o Sistema Único de Saúde (SUS).

Período marcado ainda por transformações no campo da Psicologia Social no Brasil e em outros países da América Latina que buscaram construir “uma Psicologia Social que atendesse à nossa realidade” (Lane, 1984, p. 11), culminando, em 1979, com a formulação de “propostas concretas de uma Psicologia Social em bases materialistas-históricas” (*ibid.*, p. 11).

A Psicologia Social buscava romper com a posição que oscilava entre “o pragmatismo norte-americano e a visão abrangente de um homem que só era compreendido filosoficamente ou sociologicamente”. Com pontos de aproximação das bases de disciplinas afins, entre elas a Saúde Coletiva, apresentava propostas emancipatórias, em “oposição direta a ‘formas psicológicas de Psicologia social, modelos de Psicologia social praticada em laboratórios, sem conexão com problemas sociais concretos’ (Kind, 2007, p. 256-257).

Contudo, apesar das aproximações em relação às transformações almeçadas e em suas bases históricas, a Reforma Psiquiátrica, a Reforma Sanitária e as transformações no campo da Psicologia Social no Brasil

seguiram caminhos nem sempre convergentes quanto aos objetivos, à concepção de saúde, adoecimento e possibilidades de intervenção.

Retornamos, então, ao que hoje é denominado campo da saúde mental. Campo este que, anteriormente, era área de intervenções, especialmente da Psiquiatria, que o compreendia a partir do conceito de alienação mental. Estas intervenções eram embasadas na concepção de “tratamento” em vigor no Brasil antes da Reforma Psiquiátrica. Desde então, muito se construiu em termos de mudança de paradigma na saúde mental, tanto na concepção de saúde-doença e seus determinantes e condicionantes, como nas transformações nas formas de cuidar e ofertar atenção em saúde mental (Lobosque, 2003; Amarante, 2011).

Ao longo deste tempo, muito se avançou numa mudança paradigmática da concepção de tratamento – termo que, em si, já traz a dimensão do adoecimento - para uma compreensão de cuidado e atenção, tanto considerando as ações de desospitalização e desinstitucionalização, como em relação a modelos de atenção e cuidado, e que não se restringem aos saberes psi.

Estas transformações expressam uma concepção ampliada do direito à saúde e mesmo uma concepção ampliada de saúde, que considera os determinantes e “[...] condicionantes econômicos, sociais, culturais e bioecológicos” (Vasconcelos; Pasche, 2012, p. 532). Ultrapassa, portanto, a questão da oferta de assistência médica e oferta de serviços. Partindo de um panorama abrangente e integrado “das ações e serviços de saúde, busca superar a visão dominante de focar a saúde pela doença, sobretudo nas dimensões biológica e individual” (Vasconcelos; Pasche, 2012, p. 532). A concepção ampliada de saúde inclui, deste modo, sua dimensão social e política, sendo a saúde compreendida como o resultado de um processo de produção sobre o qual intervêm práticas sociais e não somente técnicas. Ao se pensar nos processos que produzem saúde, e também a doença, devem ser considerados os mecanismos sociais que os envolvem. Portanto, além

dos saberes clínicos, tornaram-se necessários aportes de diferentes campos para a compreensão dos processos relativos à produção de saúde e adoecimento. Conforme Campos (2000): “não há como pensar a superação do paradigma biomédico sem a contribuição da própria clínica só com aportes da epidemiologia e das ciências sociais. Nem somente com o biológico e o subjetivo se podem pensar modelos e políticas de atenção integral à saúde” (p. 226).

Neste contexto e sob estas discussões, de forma semelhante, a Reforma Psiquiátrica Brasileira é também resultado desse processo de rompimento com os paradigmas sanitários, médicos e sociais vigentes à época, assim como a Reforma Sanitária, pressupondo a construção de um novo modelo de atenção, que incluiu “a quebra gradual da exclusividade do saber tecnocientífico, especialmente de orientação biomédica na área da saúde” (Kind, 2007, p. 258). Vem se consolidando como um processo de transformação do modelo de atenção que orienta não somente os cuidados destinados aos loucos, mas a compreensão da loucura, o rompimento com sua apropriação pela Psiquiatria, sua institucionalização e as consequências dela decorrentes: dos depósitos de pessoas que se tornaram os manicômios à indústria da loucura propiciada pelo financiamento público das internações privadas, passando pelos maus tratos, negligência, destituição da autonomia, tortura e morte de pessoas encarceradas nos muros dos hospícios e na nomeação de louco (Lobosque, 2003; Amarante, 2011).

Ultrapassa, portanto, as categorias profissionais e os diferentes campos do saber e da fundamentação científica que sustentava essa prática, valendo-se de múltiplos aportes para concretizar um cuidado transformador das vidas dos usuários, dos trabalhadores e da sociedade. Sustenta a oposição aos usos dos saberes científicos para a legitimação da exclusão e do confinamento de pessoas, vale lembrar, em grande parte pobres, negros, com pouca escolaridade e em posições subalternas no mercado de trabalho.

Por meio desta Reforma vêm sendo promovidas transformações em relação à desinstitucionalização da loucura nos campos Epistêmico, Técnico-assistencial, Jurídico e Sociocultural (Amarante, 2011). Transformações que possibilitaram, entre outros, a constituição de uma Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), com dispositivos estratégicos para a sustentação das práticas e cuidados no território, em liberdade (Brasil, 2011).

Já a atenção às pessoas em uso prejudicial de drogas nem sempre esteve presente no contexto da Reforma Psiquiátrica (Machado, 2006a). A abordagem do usuário e as considerações referentes a este tipo de atenção na Reforma Psiquiátrica ocorreram posteriormente à criação de serviços e dispositivos do processo de desinstitucionalização. A publicação da Portaria GM n. 336 que instituiu os Centros de Atenção Psicossocial destinados aos usuários de álcool e outras drogas (CAPS ad), por exemplo, somente ocorreu em 2002, ainda que já houvesse serviços públicos de atenção aos usuários de drogas, antes mesmo da instituição do Sistema Único de Saúde (SUS) (Machado, 2006a).

Estas transformações refletem também as mudanças nas concepções quanto ao uso de drogas e aos usuários (Alves, 2009; Boiteux, 2015). Das políticas de criminalização e punição do uso à publicação da Lei n.º 11.343/2006 (Brasil, 2006); da vertente de tratamentos morais e diferentes formas de encarceramento ao encontro com a Reforma Psiquiátrica e com os cuidados em liberdade; da concepção de tratamento à concepção de atenção e de cuidado, serviços, práticas e legislações que as norteiam vêm sendo constituídas desde as últimas décadas do Século XX (Lancetti; Amarante, 2006; Machado, 2006a; Alves, 2009).

Um dos dispositivos estratégicos da Reforma Psiquiátrica Antimanicomial são os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), serviços de base territorial responsáveis por oferta de ações de atenção psicossocial a quem muito já perdeu em termos de inserção na vida em função de sofrimento mental, entre eles pessoas em uso prejudicial

de drogas (Brasil, 2004). Atualmente, o Brasil conta com mais de 2000 CAPS cadastrados (Brasil, 2023).

Trabalhar em um CAPS pressupõe uma compreensão política do trabalho, sendo radicalmente diferente de trabalhar em uma instituição privada, em um Hospital Psiquiátrico “mais humanizado”, ou em uma clínica de Psicologia. Os CAPS representam a ruptura com um modelo de atenção segregativo, prescritivo, cuja ideologia expressava-se não somente na relação médico-paciente, mas nas relações de dominação, nas equipes verticalizadas, na institucionalização como premissa, no silenciamento da voz dos considerados loucos. Têm a vocação de expressar, na prática cotidiana, um compromisso de trabalho sob determinado posicionamento político em relação à saúde, doença, sofrimento, trabalho em equipe, inserção social, cidadania. Os que ali trabalham precisam constantemente realizar o exercício da reflexão acerca de sua prática, sob pena da perpetuação do que se pretende superar.

Este movimento de reflexão precisa ir além do questionamento da prática em si, contemplando especialmente a ética que norteia o trabalho, de modo a evitar que os CAPS sejam centros de triagem para internações, ou mesmo um manicômio melhorado, um mini hospício de portas abertas. Também não se pode ignorar que as condições concretas de vida têm relação direta com o sofrimento humano e, conseqüentemente, com as construções sociais e individuais construídas para lidar com este sofrimento.

A partir da experiência de treze anos em um CAPS ad, passando por diferentes pontos da assistência e da gestão, algumas questões têm provocado reflexões acerca da prática desses serviços e do trabalho das equipes. A primeira, compartilhada por outros profissionais, é um questionamento quanto às práticas e cuidados em saúde que temos ofertado nos CAPSad, ao indagar “se isso que lemos, que pensamos, que fazemos, que discutimos se aplica às situações de vida das pessoas, em situações de uso prejudicial ou dependência de álcool e outras

drogas, que se apresentam nos serviços que trabalhamos?” (Machado, 2006b, s/p).

A segunda, em relação direta com a primeira, é sobre a atuação do profissional da Psicologia nestes serviços. A quem ou a quem tem servido sua atuação no atendimento aos usuários? É um atendimento que tem impactos no sofrimento trazido pelo usuário? É um atendimento que procura normatizar e adequar às normas sociais vigentes os “comportamentos desviantes” destas pessoas?

E, por último: a Psicologia Social pode contribuir para o debate sobre estas questões?

2. A clínica na Reforma Psiquiátrica e sua expressão nos CAPS

Conhecer a dimensão da clínica nas práticas de atenção psicossocial e no campo da atenção às pessoas em uso prejudicial de drogas é um desafio, considerando os muitos debates acerca desta questão. Se, por um lado, o processo social de desinstitucionalização implica na transformação (inclusive) epistemológica dos conceitos que norteavam as práticas asilares, estando aí a concepção de clínica e o que foi legitimado em seu nome, por outro lado há críticas à Reforma, que teria investido mais na questão da reabilitação e da cidadania em detrimento de uma dimensão clínica (Amarantes, 2003).

Partindo das críticas ao modelo hospitalocêntrico, buscando a contínua desconstrução de uma concepção de clínica que buscava isolar para descrever, para conhecer, onde se funda a Psiquiatria, Amarante (2003) aponta que:

O princípio epistemológico do isolamento (isolar para conhecer) forneceu as condições de possibilidade para que o alienista tivesse, disponíveis para sua observação sistemática e contínua, todas as modalidades de doenças e sintomas, em um só lugar, por todo o tempo do mundo. Esta relação com a doença – e não com os sujeitos – ao lado do leito, no dia a dia da instituição, fundou a clínica (Amarante, 2003, s/p).

Esta foi a clínica que sustentou a prática psiquiátrica ao longo dos últimos dois séculos, e suas consequências já foram descritas. Deste modo, ao buscar-se a superação do paradigma psiquiátrico, busca-se o rompimento com seus conceitos basilares, entre eles, a clínica nos moldes acima descritos, as correntes de pensamento e práticas dela decorrentes ao considerar que, como aponta Lobosque (2003):

o nascimento das disciplinas clínicas da área *psi* – a Psiquiatria, a Psicologia, etc. – dá-se nos hospitais psiquiátricos, nas fábricas, nas prisões, nos reformatórios, ou seja, justamente naquelas instituições criadas para disciplinar os homens, tratando de reeducá-los, adestrá-los, adequá-los a certas normas que apreendem o tempo, a vida e a força de seus corpos num jogo econômico do qual nem sequer são atores, mas, simplesmente, servidores [...] Ajudar a fazer valer estas normas, disseminá-las socialmente ao torná-las aceitas e incorporadas pelos indivíduos, culpabilizando e corrigindo aqueles que se desviam: esta tem sido a vocação histórica da clínica na Saúde Mental (Lobosque, 2003, p.18).

No processo da Reforma Psiquiátrica procura-se promover a construção de uma nova clínica: “a reconstrução do conceito e da prática clínica tem sido um aspecto fundamental da reforma psiquiátrica, para que a relação técnico-instituição-sujeito não seja a reprodução daquela clínica da medicina naturalista” (Amarante, 2011a, s/p). Esta nova clínica se coloca à disposição do sujeito, valendo-se dos recursos disponíveis, sejam técnicos, jurídicos ou culturais, sendo entendida como uma

ajuda que se serve quando necessário de disciplinas e saberes *psi*, da farmacologia à Psicanálise, mas sempre subordinando seu emprego a um projeto que não é psiquiátrico ou psicológico, mas político e social; a esta ajuda chamaremos de uma clínica em movimento: uma clínica que não caminha para si mesma, mas se combina e se articula com tudo o que se movimenta e se transforma na cultura, na vida, no convívio entre os homens (Lobosque, 2003, p. 20, grifos nossos).

Uma clínica que considera o sujeito em sua experiência, possibilitando a “criação de possibilidades, produção de sociabilidades e subjetividades no contexto do atual processo de reforma psiquiátrica” (Amarante, 2003, s/p.), buscando “[...] ocupar-se de sujeitos com

sofrimento, e de, efetivamente, responsabilizar-se para com o sofrimento humano com outros paradigmas centrados no cuidado” (Amarante, 2003, s/p.). Bezerra Jr. (2007) contribui no debate com os desafios no horizonte desta nova clínica:

Na esfera da clínica (uma dimensão, mas não a única, do plano assistencial), os desafios apontam para duas direções: de um lado, é preciso avançar na elaboração de dispositivos teóricos e de formas de ação que ao mesmo tempo retenham o horizonte fundamental da clínica (a ampliação da capacidade normativa psíquica, existencial e social do sujeito) e amplie o alcance da rede (a constituição de uma clínica ampliada, a incorporação de várias categorias profissionais às estratégias terapêuticas, o recurso a modalidades de intervenção oriundas de diversas orientações teóricas, etc.). Esse tipo de discussão é, por assim dizer, interior ao campo da Reforma (Bezerra Jr., 2007, 244).

Nos serviços de saúde mental, entre eles os CAPS ad, diferentes abordagens clínicas são utilizadas na atenção aos usuários. Contudo, a despeito do referencial teórico utilizado, é necessário o entendimento pelo profissional de que são sujeitos inseridos em um contexto histórico, submetidos à organização da sociedade de determinada forma, e que as diferentes relações estabelecidas individualmente com as drogas não ocorrem de forma desconectada deste contexto. Se estas dimensões são ignoradas, incorre-se no risco de tratar como exclusivamente individuais questões que são também sociais e que atravessam a vida e as relações das pessoas, tendo consequências para o próprio tratamento ofertado.

Entre as muitas consequências deste posicionamento permanece-se, com a contribuição de muitos dos psicólogos dos serviços, com a culpabilização do usuário pelo seu sofrimento, pelo *desajuste* em um modo de organização de vida social que o produz, e pela reabilitação desse usuário ao trabalho, de forma acrítica, como se tratasse de uma questão sua, uma incapacidade de adaptação individual, uma desadaptação às normas sociais vigentes.

Mesmo ao se falar em cidadania, importa atentar para que não se limite à ocupação dos espaços – direito de todos os cidadãos – mas

do entendimento de que saúde, adoecimento, sofrimento, uso de drogas, entre tantas outras questões, são também e especialmente influenciados pela nossa forma de vida e organização social em um dado momento, o que é determinante na construção da cidadania.

Ressalta-se que não se trata de “demitir a clínica” ou os atendimentos individuais, ou, ainda, as diferentes abordagens em relação ao uso prejudicial de drogas e ao sofrimento dele decorrente, seja para a vida de cada sujeito, seja para as famílias e a coletividade (Machado, 2006b). Clínica, reabilitação, cidadania não estão em lados opostos do cuidado.

A reflexão aqui promovida diz respeito à abordagem destas questões de forma ampliada, apreendendo-a enquanto um projeto político e social. O trabalho com os usuários se constitui de modo complexo. São muitos os desafios, contradições e impasses presentes na sustentação de modos de cuidar contra-hegemônicos, que vão de encontro ao modo capitalista de produção. Não são poucas as implicações e consequências deste trabalho no cotidiano do enfrentamento das condições concretas de existência produzidas pelo capitalismo neoliberal e a produção de humanos tratados como *dejeito*, além da produção de controle sobre a pobreza, definição de quem tem direito à vida, à cidade, à saúde, à educação, à alimentação, e a quem cabe o cárcere e a morte. Quem pode desfrutar do conforto e quem trabalha para produzi-lo.

3. Dimensões de uma Exclusão

A criminalização do uso de drogas é somente uma das dimensões da exclusão produzida e necessária ao Modo Capitalista de Produção, exclusão que ocorre de muitas maneiras e lota presídios, casas de recuperação, centros de recuperação para adolescentes, manicômios (CFP, 2011). A droga: “não é mais que a última ocasião com a qual o sistema punitivo da sociedade moderna realiza a sua história, que é a mesma no Brasil e no resto do mundo. É a história das relações entre

duas nações que, como escrevia Disraeli, compõem os povos: os ricos e os pobres” (Baratta, 2003, p.23).

Lamentavelmente, o papel ocupado por alguns profissionais da Psicologia é o da sustentação e legitimação desta função de controle social, de ratificação da exclusão, da manutenção de uma posição de subserviência ao sistema, acreditando estar contribuindo para a sociedade. Como aponta Baratta (2003):

Enfim, encontramos, um século depois, a continuidade dos procedimentos dos operadores dos serviços psicológicos e psiquiátricos. ‘Recuperação’, ‘ressocialização’, ‘reeducação’ são eufemismos que escondem objetivos e instrumentos de contenção social claros e explícitos em sua seletividade [...]” Deste modo, “psicólogos, psiquiatras, pedagogos, médicos e assistentes sociais trabalham em seus pareceres, estudos de caso e diagnósticos, da maneira mais acrítica...” (Baratta, 2003, p. 22-23).

Em relação ao uso de drogas, questão central no trabalho em um CAPS ad, este posicionamento da sociedade em geral e dos próprios psicólogos leva-nos a desconsiderar que há diferentes formas de compreender o uso de drogas, diferentes impactos nas sociedades e na vida individual e demanda-se que o profissional da Psicologia atue como alguém que irá “exorcizar” do sujeito a “temida droga”, como se esta tivesse vontade própria. Reproduz-se um trabalho privatista em serviços públicos, entendendo o trabalho do psicólogo como aquele que contribuirá para o “ajustamento de condutas” não aceitáveis e em uma ótica culpabilizadora do usuário do serviço.

4. Contribuições da Psicologia Social

Pode a Psicologia Social contribuir para este debate? Sem cair em uma posição ingênua acreditar que exista um referencial ou enquadre único que possa responder às questões propostas neste texto, compreende-se que a complexidade destas questões é tão mais promotora de debates e reflexões do que de respostas, se é que possam existir em algum momento.

Fundamentamo-nos nos referenciais da Psicologia Social Crítica e suas interfaces com o trabalho em saúde a partir das reformas psiquiátrica e sanitária, na busca por conhecer a relação entre as questões apresentadas acima e a marginalidade frequentemente imposta aos usuários de drogas e à população pobre do Brasil, a manutenção das forças dominantes e o uso da violência em diferentes dimensões para o controle desta população.

A Psicologia Social Crítica, calcada no materialismo histórico e suas consequências para o indivíduo e a sociedade, ao considerar as relações entre a constituição do ser humano enquanto ser histórico e social, bem como as condições sociais implicadas na vida dos diferentes sujeitos, nasce questionando os paradigmas vigentes da Psicologia Social, em especial a corrente da Psicologia Social Sociológica, de influência europeia, e a Psicologia Social Psicológica, dominante nos Estados Unidos. Tendo despontado na América Latina na década de 1970, buscava o desenvolvimento de uma Psicologia Social “mais contextualizada, isto é, mais voltada para os problemas políticos e sociais que a região vinha enfrentando” (Ferreira, 2010, p. 59).

No cenário latino americano, a Psicologia Social Crítica construiu diferentes contornos quanto às reflexões geradas e seus objetivos, sempre compromissada com a realidade local: das fundamentais contribuições de Martin-Badaró, na Colômbia, em sua defesa quanto ao papel do psicólogo social – que deveria ser o de conscientização das pessoas e grupos sobre sua realidade, contribuindo para mudanças sociais, “um saber psicológico historicamente construído que se mostre capaz de compreender e contribuir para sanar os problemas que atingem as maiorias populares e oprimidas” (Ferreira, 2010, p. 59); aos questionamentos quanto à neutralidade do saber cientificamente construído e “as perspectivas individualistas de abordagem dos fenômenos psicossociais”, bem como a defesa da “produção de um conhecimento contextualizado, participante e co-construído por pesquisadores e atores sociais, como forma de contribuir para a solução

dos problemas sociais que vivenciam e de transformar sua realidade social”, questões defendidas por Maritza Montero quanto à Psicologia Social na Venezuela (Ferreira, 2010, p. 59).

Entre os questionamentos promovidos por diferentes autores, pesquisadores, docentes, psicólogos sociais, entre outros, na América Latina e também no Brasil, há uma crise quanto à identidade da Psicologia Social, seus fundamentos e objetivos, levando à construção de uma Psicologia Social Crítica, a partir do final da década de 1970. Como já afirmado, a Psicologia Social Crítica tem suas origens no mesmo cenário político e social no qual se constituíram as Reformas Psiquiátrica e Sanitária, entre outros movimentos que buscavam o rompimento com paradigmas que eram sustentados no contexto brasileiro e latino-americano. Estas transformações no campo da Psicologia Social no Brasil buscaram romper com suas principais influências até então, buscando “contribuir para a construção de um referencial teórico orientado pela concepção de que o ser humano se constitui em um produto histórico-social, de que indivíduo e sociedade se implicam mutuamente” (Jacques; Cols, 1998 *apud* Ferreira, 2010, p. 59).

Vários autores participaram na construção deste movimento que não somente criticava “a Psicologia social norte-americana com forte ênfase psicológica, mas procurava desenvolver uma Psicologia social voltada para os grandes problemas sociais e políticos brasileiros” (Stralen, 2007, p. 284). Entre eles destacam-se as contribuições de Lane (1984), calcadas do materialismo-histórico, na compreensão de indivíduo “na intersecção de sua história com a história de sua sociedade” (Lane, 1984, p. 13), permitindo-nos compreender o homem enquanto produtor da história: “A história individual é considerada enquanto história social que antecede e sucede à história do Indivíduo” (Lane, 1984, p. 14), e compreender o papel da ideologia em suas relações com os homens e as instituições na manutenção da reprodução das relações sociais:

Na medida em que o conhecimento positivista descrevia comportamentos restritos no espaço e no tempo, sem considerar

a inter-relação infra e superestrutural, estes comportamentos, mediados pelas instituições sociais, reproduziam a ideologia dominante, em termos de frequência observada, levando a considerá-los como ‘naturais’ e, muitas vezes, ‘universais’. A ideologia, como produto histórico que se cristaliza nas instituições, traz consigo uma concepção de homem necessária para reproduzir relações sociais, que por sua vez são fundamentais para a manutenção das relações de produção da vida material da sociedade como tal (Lane, 1984, p.13).

Retornando, sob a ótica da atualidade, ao trabalho desenvolvido na atenção aos usuários de drogas no Brasil e aos processos que nos trouxeram até aqui, partimos das contribuições da Psicologia Social Crítica na tentativa de trazer ao debate o ainda ambíguo papel sustentado por profissionais do campo da Psicologia na atenção a este público. Para tanto, destacamos ainda, já no contexto mais recente da Psicologia social no Brasil, alguns pontos desenvolvidos por Benevides (2005) e citados por Kind (2007) para auxiliar neste debate:

Benevides (2005) alerta para a ilusão da dicotomia entre o sujeito e o social, o que produziria um ‘efeito-despolitização’ das práticas ‘psi’. [...] a autora convoca os psicólogos a refletirem sobre ‘quais compromissos ético-políticos têm tomado como prioritários em suas ações (Kind 2007, p. 264).

Kind (2007), citando Benevides (2005) apresenta três princípios que podem auxiliar as reflexões e fomentar as discussões a partir do olhar da Psicologia Social:

um primeiro princípio diz respeito à inseparabilidade entre o singular e o coletivo, apontando que a experiência coletiva é geradora de processos singulares. Outro princípio a ser considerado é que as práticas ‘psi’ voltadas para a saúde devem estar comprometidas com as condições de vida da população brasileira. [...] Por último a autora ressalta ‘o princípio da transversalidade’, que insere a Psicologia como um dos saberes nesse campo aberto a muitos outros conhecimentos [...] num espaço privilegiado para invenção de práticas que não aconteceriam no âmbito exclusivo de uma única disciplina (Kind, 2007, p 264).

Historicamente a natureza do saber psicológico e o lugar sustentado pela Psicologia em nossa sociedade vêm contribuindo, por

meio de diferentes referenciais teóricos e abordagens, clínicas ou não, como “campo de estudo do comportamento dos indivíduos” (Camino; Ismael, 2004, p. 44). O profissional da Psicologia vem sendo chamado a responder do lugar de quem “saberia” sobre o comportamento humano, o sofrimento, as determinações (sociais ou mesmo inconscientes) que o influenciam e teriam a resposta para o “como”. Como intervir e promover as supostas transformações necessárias.

Sua inserção nos serviços de saúde, de saúde mental e nos serviços e pontos de atenção aos usuários de drogas, entre eles os dispositivos da própria justiça criminal, tem tido, não raro, consequências nefastas para muitos dos que por eles são atendidos ou a eles encaminhados, quando ocorre de forma não crítica. O que inclui sua atuação na determinação de causalidade do comportamento (supostamente) “desviante” do uso de drogas ilícitas, passando à miopia quanto às causas da pobreza e miséria, à criminalização do usuário e à oferta de ações de “ajuste”, socialização, entre outros. Atuação por vezes mantenedora da alienação quanto às causas deste sofrimento.

Neste sentido, as reflexões promovidas pela Psicologia social, calcada no materialismo histórico, auxiliam-nos a nos questionar quanto ao trabalho que desenvolvemos, limites de ação, objetivos e, de fato, de forma crítica, auxilia-nos a não sermos meros reprodutores e ratificadores das condições opressoras produzidas para manter este modo de vida no qual estamos imersos. Torna-se fundamental a compreensão de que:

Se a Psicologia apenas descrever o que é observado ou focar o Indivíduo como causa e efeito de sua individualidade, ela terá uma ação conservadora, estatizante – ideológica – quaisquer que sejam as práticas decorrentes. Se o homem não for visto como produto e produtor, não só de sua história pessoal, mas da história de sua sociedade, a Psicologia estará apenas reproduzindo as condições necessárias para impedir a emergência das contradições e a transformação social. (Lane, 1984, p. 15)

E, o que em nossa compreensão torna-se ainda mais grave: a contribuição para a manutenção da violência social e seus custos (em termos de vida, saúde, relações sociais) para aqueles sobre quem ela incide de forma direta. Como nos aponta Baratta (2003):

Criminalizar os pobres é um instrumento indispensável porque garante materialmente a sua posição subalterna no mercado de trabalho e a sua crescente exclusão, disciplinando-os, pondo-os em guetos e, quando necessário, destruindo-os. É também um instrumento indispensável para encobrir, com a imagem da criminalidade perseguida, isto é, a dos pobres, o grande edifício de ilegalidade e de violência que reúne em nossa sociedade as classes detentoras do poder econômico. Este edifício é tanto maior quanto maior for a desigualdade social. (Baratta, 2003, p. 31, grifo nosso).

Estas reflexões podem ser promotoras de transformações sociais, tornando possível, deste modo, que passemos a enxergar os muitos que se encontram à margem de condições dignas de vida, buscando romper com a miopia com a qual, frequentemente, temos nossas visões afetadas. Que não continuemos reproduzindo acriticamente normas moralizantes e culpabilizantes que somente legitimam exclusão, encarceramento e morte.

Alertam-nos quanto ao papel não raro desempenhado pelos profissionais da Psicologia, entre outros “técnicos” de diferentes sistemas (saúde, justiça, educação), mantendo-nos em uma posição de reprodutores de modelos de atendimento excludentes e de elaboração de pareceres ratificadores de exclusão, atuando como instrumento de violência do estado, seja pela negligência, seja pela chancela da Psicologia.

Não menos longínquas se situam as origens do “olhar moral e periculosista”, que os técnicos do sistema (psicólogos, psiquiatras, assistentes sociais) introduzem nas noções de família, trabalho e lugar de habitação. Na carga ideológica negativa presente na visão da família pobre e não-branca, que se afasta do modelo de integração próprio da família burguesa, e que tanto pesa nas sentenças, continuam vivos a incompreensão e o desprezo dirigidos à família afro-brasileira sobrevivente à escravidão (Baratta, 2003, p. 19).

Ao considerarmos aqui propostas inovadoras de cuidado contra-hegemônicas, a sustentação diária de outros modos de compreender e se relacionar com pessoas em uso prejudicial de drogas, e a busca pela garantia de seus direitos, importa-nos destacar as demandas e situações com as quais os trabalhadores do CAPSad, entre eles o profissional da Psicologia, precisam lidar, e as reflexões tão caras à sua prática. Seu fazer cotidiano lhes demanda lidar diretamente com as consequências da criminalização do uso de drogas e criminalização da pobreza, as várias prisões dos usuários que atendem, as mortes nos enfrentamentos no tráfico, nos acertos de contas, nas execuções pelos policiais, os tiros, atropelamentos e internações para tratar de sequelas dos acidentes, entre outros. E a naturalização de que a vida destas pessoas não tem valor.

Deste modo, pode muito a Psicologia Social Crítica neste debate, ainda que dificilmente haverá respostas definitivas – e, certamente, restritas – a questões tão complexas como o uso abusivo de drogas em nosso tempo.

Assim, mesmo com as limitações de ordem diversa, inerentes ao nosso contexto histórico, não podemos consentir que nosso trabalho seja o de manutenção do edifício da ilegalidade, da violência e desigualdade social, servindo silenciosamente ao sistema. Pode ser um trabalho de atenção e cuidado aos usuários. Pode ser um trabalho clínico, de contribuição para a transformação da relação dos sujeitos - coletivos ou singulares - com as drogas. Pode ser uma atuação que contribua para a minimização do sofrimento, individual, familiar e social. Contudo, certamente também precisa ser um trabalho emancipatório ou que ao menos busque contribuir para descortinar tantos véus que nos deixam míopes em nossa prática, em nossa formação, em nossas pesquisas.

Vale lembrar que “desigualdade” não é um dado natural:

[...]A insubordinação e, em certos casos, a violência dos pobres é determinada pelas condições de desigualdade social. Mas a violência dos ricos não é determinada por estas condições, é

ela que as determina e as mantém. Foi preciso muita violência, inicialmente, para que fossem impostas condições estruturais de desigualdade, que continuariam a existir através das gerações; e precisa-se de muito mais violência para que subsistam, quanto mais próximas estiverem daquelas impostas pela acumulação originária (Baratta, 2003, p. 31).

E assim, refletindo, seguimos.

REFERÊNCIAS

- ALVES, V. S. Modelos de atenção à saúde de usuários de álcool e outras drogas: discursos políticos, saberes e práticas. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 25, n. 11, p. 2309–2319, nov. 2009.
- AMARANTE, P. D. C. A (clínica) e a Reforma Psiquiátrica. In: AMARANTE, P. D. C. (org.) **Archivos de Saúde Mental e Atenção Psicossocial**. Rio de Janeiro: Nau Editora, 2003.
- AMARANTE, P. D. C. Reforma Psiquiátrica e Epistemologia. **Cadernos Brasileiros de Saúde Mental/Brazilian Journal of Mental Health**, [S. l.], v. 1, n. 1, p. 34–41, 2011a. Disponível em: <https://periodicos.ufsc.br/index.php/cbsm/article/view/68425>. Acesso em: 30 set. 2023.
- AMARANTE, P. D. C. Saúde Mental, Desinstitucionalização e Novas Estratégias de Cuidado. In: GIOVANELLA, L.; ESCOREL, S.; LOBATO, L. V. C.; NORONHA, J. C.; CARVALHO, A. I. (orgs.). **Políticas e Sistema de Saúde no Brasil**. 2ª reimpressão. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2011b.
- BARATTA, A. Prefácio. In: BATISTA, V. M. **Difíceis ganhos fáceis: drogas e juventude pobre no Rio de Janeiro**. Rio de Janeiro: Revan, 2003, p. 15-31.
- BEZERRA JR., B. Desafios da reforma psiquiátrica no Brasil. **Physis**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 2, p. 243-250, 2007.
- BOITEUX, L. Brasil: reflexões críticas sobre uma política de drogas repressiva. **Revista Sur**, v. 12, n. 21, ago. 2015.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **DATASUS** (Departamento de Informática do SUS), 2023. Disponível em: <https://datasus.saude.gov.br/>. Acesso em: 25 set. 2023.
- BRASIL. Ministério da Saúde. 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. **Portaria GM/MS nº 336, de 19 de fevereiro de 2002**. Estabelece que os Centros de Atenção Psicossocial poderão constituir-se nas seguintes modalidades de serviços: CAPS I, CAPS II e CAPS III, definidos por ordem crescente de porte/complexidade e abrangência populacional. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 9 fev. 2002.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria N° 3088, de 23 de dezembro de 2011.** Instituiu a Rede de Atenção Psicossocial para pessoas com sofrimento ou transtorno mental, incluindo aquelas com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília, DF; 2011.

BRASIL. Presidência da República. Casa Civil. Subchefia de Assuntos Jurídicos. (2006b). **Lei no 11.343, de 23 de agosto de 2006.** Institui o Sistema Nacional de Políticas Públicas sobre Drogas – SISNAD; prescreve medidas para prevenção do uso indevido, atenção e reinserção social de usuários e dependentes de drogas; estabelece normas para repressão à produção não autorizada e ao tráfico ilícito de drogas; define crimes e dá outras providências. Diário Oficial da União, Brasília, 24 ago. 2006.

CAMINO, L.; ISMAEL, E. A Psicologia Social e seu papel ambíguo no estudo da violência e dos processos de exclusão social. In: L. SOUZA, & Z. A. TRINDADE (orgs.). **Violência e exclusão: convivendo com paradoxos.** São Paulo: Casa do Psicólogo, 2004, p. 43-54.

CAMPOS, G. W. S. Saúde Pública e saúde coletiva: campo e núcleo de saberes e práticas. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 5, n. 2, p. 219-230, 2000.

CONSELHO FEDERAL DE Psicologia. **Relatório da 4ª Inspeção Nacional de Direitos Humanos:** locais de internação para usuários de drogas. Brasília: Conselho Federal de Psicologia, 2011.

FERREIRA, M. C. A Psicologia Social contemporânea: principais tendências e perspectivas nacionais e internacionais. **Psicologia: Teoria e Pesquisa**, v. 26, n. spe, p. 51-64, 2010.

KIND, L. Aproximações entre a Psicologia social e a saúde coletiva. In: MAYORGA, C.; PRADO, M. A. M. **Psicologia Social: articulando saberes e fazeres.** Belo Horizonte: Autêntica. p. 255-266, 2007

LANCETTI, A.; AMARANTE, P. Saúde mental e saúde coletiva. In: CAMPOS, G. W. S. et al.(orgs.). **Tratado de Saúde Coletiva.** Rio de Janeiro: Fiocruz, 2006.

LANE, S. T. M. Psicologia Social e uma nova concepção do homem para a Psicologia. In S. T. M. LANE S. T. M.; CODO W. (orgs.). **Psicologia Social: o homem em movimento.** 13 ed. São Paulo: Brasiliense, 1984, p. 10-19.

LOBOSQUE, A. M. Clínica em Movimento: O cotidiano de um serviço substitutivo em Saúde Mental. In: LOBOSQUE, A. M. **Clínica em movimento: por uma sociedade sem manicômios.** Rio de Janeiro: Editora Garamond, 2003.

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. Belo Horizonte: UFMG, 2006. 152f. Dissertação (Mestrado) - Programa de Pós-graduação em Saúde Pública, Faculdade de Medicina, Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2006a.

MACHADO, A. R. **Os Centros de Atenção Psicossocial – álcool / drogas (CAPS ad):** Considerações sobre a Construção de Práticas de Atenção em Saúde. Texto apresentado no Seminário de 10 Anos do PROJAD/IPUB/UFRJ. Rio de Janeiro, dez. 2006b.

STRALEN, C. J. V. Psicologia Social e Saúde Coletiva. *In*: MAYORGA, C.; PRADO, M. A. M. **Psicologia Social**: articulando saberes e fazeres. Belo Horizonte: Autêntica, 2007, p. 271-291.

VASCONCELOS, C. M.; PASCHE, D. F. O Sistema Único de Saúde. *In*: CAMPOS, G. W. S. *et al.* (orgs.) **Tratado de Saúde Coletiva** (2a ed.). São Paulo: Hucitec, 2012, p. 531-562.

O modelo territorial em saúde mental de Trieste: singularidades do cuidado nas desvantagens sociais

Rinaldo Conde Bueno

De início: o fim dos manicômios

O modelo de assistência em saúde mental italiano é ainda hoje uma referência mundial. O trabalho desenvolvido na Itália, em geral, propõe uma assistência territorial complexa, com serviços “fortes” de acolhimento às crises em saúde mental, cuidado e reinserção de usuários na cidade e boa integração entre as redes públicas de assistência, os entes privados e a sociedade civil, associações e cooperativas sociais, proporcionando diversas ações voltadas para o exercício pleno da cidadania. O pioneirismo da Lei Basaglia – Lei n.º 180/1978, o avanço das propostas experimentadas em algumas cidades a partir dos anos de 1960, com início em Gorizia, e, claro, a força do pensamento basagliano, em especial a sua efetivação em Trieste¹ com a proposta radical de desinstitucionalizar a loucura, ecoam ainda hoje naquele país e pelo mundo.

Tomando essas questões como norteadores deste texto, faremos aqui um breve percurso acerca do modelo de assistência em saúde mental na cidade de Trieste, voltado para ações territoriais praticadas principalmente a partir dos anos dois mil². Faz-se necessário discorrer sobre os conceitos de *welfare* comunitário, de *Microaree* e abordar o *Progetto Fare Salute*, ilustrando assim intervenção territorial feita em Trieste e seu alcance em coletivos vulneráveis na comunidade.

¹ Em meu livro (Bueno, 2020) discorro sobre o caminho e a estruturação da tradição basagliana, indicando os locais por onde passaram Basaglia e seu grupo e os avanços alcançados.

² Parte desse referencial encontra-se em minha tese (Bueno, 2016).

O que será destacado aqui é uma progressiva mudança de rota que os italianos imprimiram na área da saúde mental para atingir o nível micropolítico de trabalho que parte dos Centros de Saúde Mental (CSM)³. A partir destes Centros, são estruturadas ações concatenadas entre o primeiro, o segundo e o terceiro setores, assim como com a sociedade civil, com os recursos da comunidade e, especialmente, contando, nestes setores, com a participação efetiva das pessoas com *handicap* ⁴.

Rotelli (1992) indica que a reforma italiana foi possível porque teve seu foco de intervenção no território e não nas instituições. Tal processo pode ser concebido como uma vivência em um território de fronteira, fazendo-se, por isso mesmo, permeável e conector potente para a abertura de diversos espaços. Para os italianos, foi fundamental transferir os recursos que iam para os hospitais psiquiátricos às novas formas de atenção, no intuito de aplicá-los em produção de bens para os assistidos. Segundo o autor supracitado, a transformação nas instituições públicas deve refletir em sua capacidade de encontrar recursos no seu interior e aplicá-los fora dela.

Território de cidadania: suporte às desvantagens e cuidado singularizado

Para Mezzina (2012), a participação social, os direitos civis, o poder e a inclusão social estão entrelaçados nas funções dos serviços de saúde mental comunitários para dar suporte às mudanças individuais dos assistidos, agenciando o fornecimento ou a captação de recursos e oportunidades para estas pessoas. Dito de outra forma: busca-se favorecer o acesso à cidadania. Pensando em nossa realidade brasileira,

³ Centro di Salute Mentale, que são análogos aos nossos CAPS.

⁴ A palavra *handicap* é utilizada geralmente sem tradução do inglês pelos italianos para compor um sentido mais amplo do termo. *Handicap* significa neste caso “desvantagem” ou alguém que tem algum tipo de dificuldade ou obstáculo para fazer algo, seja no campo do trabalho, das relações sociais, interpessoais etc.

poderíamos indagar se continuamos a lutar por um sistema “forte” de saúde em meio a tantos problemas e desigualdades sociais? Estamos alinhados aos fazeres dos nossos movimentos de reforma? Resposta arriscada. Todavia, com Lobosque (2003), podemos inferir que pelo menos a disjunção entre clínica e política se desfaz quando se considera a cidadania como algo essencial para qualquer tipo de transformação, seja ela social, clínica, política ou econômica. Ao se apegar a um lado ou ao outro, a clínica ou a política, reduz-se as possibilidades de mudança e de alcance da “cidadanização” (Merhy 2022).

Voltemos à Itália. A cidadania será um termo precioso neste texto. O sistema de saúde mental italiano organiza-se a partir de três pilares fundamentais: prevenir, tratar e reabilitar. Para que se possa avançar nestas tarefas, as equipes partem da saúde mental e incluem diversos entes sociais que atuam

- a) na promoção da saúde das pessoas, melhorando suas condições de vida e respondendo a suas necessidades fundamentais. Entende-se com isso uma atuação ampla na comunidade, com o alargamento das ações nos espaços sociais;
- b) no esforço conjunto para que a pessoa em situação de dificuldade (incluem-se aqui momentos de crise psicótica) não perca seus direitos e competências sociais, dignidade e poder em suas relações interpessoais, familiares e laborais. Estende-se o cuidado para a rede de relacionamentos da pessoa, como família, amigos e vizinhos;
- c) na reabilitação⁵ enquanto uma recuperação da capacidade, habilidade e competência social da pessoa. Seus objetivos vão além do serviço melhora, a manutenção ou a restituição dos poderes e direitos para o pleno exercício de cidadania do assistido (Dipartimento di Salute Mental di Trieste, 2010).

Pode-se perceber que os italianos priorizam a assistência a pessoas com *handicap* e não apenas aquelas que têm um “etiquetamento

⁵ Os italianos também reconhecem os equívocos provocados pelo termo reabilitação. Para além de sua origem e pertencimento aos campos médico e biológico, pretende-se orientar o trabalho reabilitativo mais em condições existenciais do que físicas ou psíquicas.

psiquiátrico”. Existem muitos projetos com financiamentos das províncias e da União que procuram abarcar questões como habitação, sociabilidade e afetividade, além de trabalho e formação profissional. Para que isso aconteça, são estruturados projetos terapêuticos personalizados que avaliam e indicam possibilidades e recursos que podem ser utilizados pelo assistido e quais equipes vão atuar neste íterim. Tais projetos são denominados *Progetto Personalizzato/Budget integrato di Salute come strumento di Deistituzionalizzazione*⁶ (Ridente, 2013).

Ridente (2013) indica que a política de assistência social na Itália segue as diretrizes europeias. De acordo com tais diretrizes, o investimento em ações para pessoas com “desvantagem” social deve pautar-se pelo princípio da sustentabilidade, com planejamento baseado nos recursos do território. O conceito de *welfare* comunitário, que superou o *welfare* assistencial e o *welfare* dos serviços, objetiva o desenvolvimento da prestação de serviços, incorporando o protagonismo e os recursos dos usuários, das redes sociais, das relações sociais e dos técnicos dos serviços, buscando criar uma cultura de cooperação em diversos níveis. Trata-se de um processo de inclusão social que se constrói a partir do primeiro contato de um cidadão com os serviços de saúde mental e que deve dar respostas às diversas necessidades que impedem a fluência da vida. Em poucas palavras, o *Budget Salute* pode ser definido como um sistema de oportunidades no território que orienta os serviços e lhes dá subsídios que formalizam a construção de um *welfare* de comunidade (Ridente; Furlan, 2015).

Trieste tem uma população total de 240 mil habitantes, destes 25.000 são assistidos e estão distribuídos em 15 microáreas, cada uma delas tem de 900 a 2.500 residentes. O propósito é experimentar o *welfare* comunitário nas microáreas do território triestino. Os residentes

⁶ Projeto Personalizado/Budget (orçamento) integrado de Saúde como instrumento de desinstitucionalização. (Tradução livre).

fazem um “mapa” dos problemas locais, como falta de investimento, desequilíbrio de recursos, falta de integração e comunicação, dificuldades do mercado social, dentre outras questões singulares que a microárea pode apresentar. A partir do mapa, busca-se criar um sistema que realmente garanta a assistência e os direitos dos cidadãos na realidade concreta da comunidade, com a integração dos sistemas sanitário e social, as políticas de trabalho e as de habitação.

O território em que se delimita cada microárea é fisicamente próximo, contemplando quarteirões, pequenas vilas e aglomerados de casas que estejam na faixa de residentes proposta pelo projeto. Esta definição foi considerada adequada para uma experimentação real de integração, com a participação efetiva dos residentes na identificação das ações a serem executadas e na avaliação do que foi feito, juntamente com os técnicos da microárea e outros membros da rede, voluntários e políticos. Leva-se em conta a singularidade de cada lugar, de cada parte da cidade que tem características específicas e problemas e vulnerabilidades distintas. A vulnerabilidade coletiva é um termo usado para analisar e interferir, junto com a população, nos problemas que uma área apresenta. Essa tendência é interessante pois quebra o “engessamento” que uma lei maior nacional poderia provocar por ser generalizada e totalitária.

Fazendo saúde no território: palavras em movimento

Em 2010, foi idealizado por Dezza um projeto para tratar das ações realizadas nas microáreas e nos distritos de saúde da cidade, o *Fare Salute – Laboratorio di formazione, ricerca e comunicazione sulla ‘medicina di comunità’ a Trieste: storie e racconti di malattia*⁷ (Dezza, 2012a). Segundo Dezza (2012a), o projeto objetiva narrar, com as próprias vozes dos protagonistas, as práticas na comunidade que vêm acontecendo desde 2005 e que são reconhecidas como “Medicina

⁷ “Fazer Saúde – Laboratório de formação, pesquisa e comunicação sobre ‘Medicina de comunidade’ em Trieste: histórias e narrativas de doença” (tradução livre).

de comunidade”, feita nos lugares, nas casas, no *habitat* social dos territórios.

Pode-se considerar que esta proposta de intervenção é uma evolução do “Médico de Família” cubano e que, progressivamente, passou a contar com uma equipe maior e multi-funcional com a inclusão também da comunidade, alargando sua atuação para além da Medicina e da saúde. Entende-se este modelo como um *welfare* comunitário, as ações são voltadas para as “necessidades globais” da existência sofrimento, como nos propõem Rotelli, de Leonardis, Mauri e Risio (2019). Com base nesse raciocínio, é possível conjecturar que a nossa Clínica Ampliada inclui uma ação preventiva que envolve o mapeamento do território de pertencimento de determinada população, com uma equipe fixa, coordenada pelo Programa de Saúde da Família (PSF) e, depois, pela Estratégia de Saúde da Família (ESF). Entretanto, a saúde comunitária em Trieste e em outras cidades italianas organiza-se com base em uma prática que considera, de fato, os problemas de saúde que as pessoas apresentam em unidades ou que são detectadas nas visitas em suas casas. Há uma forma mais ampla de contestar o “cuidado que não chega” ou que é insuficiente para abranger a todos.

Na reconstrução de histórias singulares, nos desencontros entre a linguagem dos procedimentos de saúde e a complexidade acolhida nas práticas, são evidenciados aspectos que diferenciam a “Medicina de comunidade” daquela “hospitalar”. As narrativas colhidas, além de documentarem o envolvimento dos atores em questão, demonstram a dimensão afetiva do trabalho executado. Trazem dúvidas, incertezas e conflitos como pontos de força de uma intervenção baseada em um contínuo confronto entre o adoecimento e o cuidado, o que demanda das partes envolvidas uma constante negociação. Mais ainda, mostram a capacidade e o poder dos operadores que se abrem para intervenções territoriais.

É importante ressaltar que este fazer-saber da microárea convoca seus atores a darem conta desde processos mais simples até aqueles

extremamente complexos que, frequentemente, ficam engessados nos limites de atuação da saúde e, por isso mesmo, não conseguem avançar satisfatoriamente, visto que a concepção saúde/doença, desde a Carta de Ottawa, transcende o campo sanitário. Não se trata mais de saúde apenas no contexto biológico – ou seja, saúde não significa ausência de doença –, é preciso, obviamente, ter em questão o contexto e as condições/projetos de vida das pessoas. Como nos lembra Franca Basaglia (2008) ao indicar “palavras-chave”, ao contrário do que se propunha no trabalho e nas ações do manicômio, é preciso “... formar uma espécie de rede de suporte para um pensamento e para uma ação em contínuo movimento: as palavras de um processo de emancipação para o doente, para o operador, para a comunidade” (Basaglia, 2008, p. 30).

No *Fare Salute*, foi criado um glossário⁸ a partir das histórias e do aperfeiçoamento das técnicas de intervenção, cujo objetivo é aproximar o operador da linguagem do método, fazendo com que ele se aproprie da linguagem para melhor executar suas ações no território. Dentre muitas palavras/reflexões contidas neste glossário, destaco algumas, que são autoexplicativas e nos dão a dimensão da atuação dos protagonistas da saúde mental territorial: inércia, tratamento personalizado, formação dos operadores sanitários, medicalização, escuta, tratamento, *recovery*, doenças crônicas e intervenção multidisciplinar (Dezza, 2012a). Apenas com estas poucas referências, que são constantemente discutidas e problematizadas pelos operadores e pelos outros envolvidos na experimentação da microárea, já se pode imaginar onde se pretende chegar com este método coletivo e mutante que nasce do desejo de transformar a sociedade.

⁸ Parece haver influência de Franca Basaglia na criação do glossário do *Fare Salute*. A consideração aqui apresentada foi parte de uma conferência que realizou em 1996, em uma especialização em saúde mental promovida pela Ensp/Fiocruz (Amarante, 2008).

Sobre um caso clínico: um homem que “não é” para o sistema de saúde

Em uma das passagens contadas no volume 15 do *Fare Salute* (Dezza, 2012b), os operadores discutem um caso emblemático que inspirou diversas palavras e modos de pensar das equipes das microáreas, o do Sr. Walt. A discussão abre o chamado *Glossario e Parole-chiave - Gruppo di lettura ‘La malattia del signor Walt’*⁹. Por considerar de alta relevância para o entendimento da proposta do *Microaree*, transcrevemos a introdução da discussão feita pelo grupo de operadores e de responsáveis pelo projeto que tentaram apresentar quem era (ou não era) o Sr. Walt:

Ex-bebedor [compulsivo], mas não bebe mais; adulto, mas não ancião; diabético, mas não dramaticamente; depressivo, mas não a ponto de jogar-se pela janela ou criar alarme. O elenco das doenças do Sr. Walt é muito longo, e tudo junto dá um quadro desolador. A tudo isto se deve acrescentar que ele é pobre, mas não abaixo de um limiar mínimo, pois recebe ajuda e subsídios da Prefeitura; é solitário, mas não privado de uma família que deveria assisti-lo, e que na realidade ignora-o ou não agrada de ocupar-se dele. A soma destas condições faz com que Walt não seja enquadrado em um formato pelo qual os serviços, pela forma com que são articulados e alocados, possam encarregar-se dele. Por uma ou outra razão, cada serviço pode declinar da paternidade do caso: ou todos nos encarregamos dele ou ninguém o fará (Dezza, 2012b, p. 4, tradução nossa).

A discussão sobre o caso do Sr. Walt incita à reflexão sobre uma série de pontos complexos e de difícil resolução em qualquer sistema de saúde, por mais bem equipado que ele seja. Um primeiro ponto levantado é sobre qual tipo de cuidado precisa o Sr. Walt. Se ele é “algo”, mas nem tanto, nem tão grave assim etc., este homem “não é” para o sistema de saúde! Essa simples inferência sobre o Sr. Walt é uma mirada genial: se ele não se enquadra no léxico clínico do psiquiatra, nem do próprio clínico geral e tampouco do psicólogo, ele é um caso

⁹ “Glossário e Palavras-chave – Grupo de leitura ‘a doença do Sr. Walt’” (tradução livre).

que não se enquadra em lugar nenhum. É um homem que não é para a rede cuidar. É preciso ter um sintoma importante, aparente, para que ele “seja”. Só será enquadrado se tiver siglas: é um F20 ou F29 ou F33. Ele é da saúde mental ou da clínica médica? Ele só é se for sintoma visível.

Outro ponto reflexivo sobre o caso: o Sr. Walt é um “sujeito que não sabe demandar”. Ele não tinha maiores problemas em relação à sua saúde, conforme apontado. Não era nenhum caso de emergência, tampouco demandava maiores cuidados em relação a seus sintomas. À exceção de quando se descuidava das dietas e do cuidado com si mesmo, que alterava os níveis de diabetes e influenciava seu humor. Com isso, as visitas, muitas vezes invasivas e ineficazes, faziam-se numerosas, mas não sem resistência do Sr. Walt. Ele tinha à disposição vários profissionais, todos fazendo-lhe visitas regulares, todos cumprindo suas obrigações institucionais. Entretanto, salvo a emergência de um desleixo de si ou alguma complicação maior com seus exames, o Sr. Walt era a inércia em pessoa. Não queria nada, era passivo, anedonista. Pode-se perguntar, então: O que se quer com ele? Que ele adoça? Que ele fique mal?

A partir desta situação, questiona-se, então, a inércia do próprio serviço. Não se sabe o que fazer com quem não “sabe” demandar. E aí a inércia é recíproca. Isso faz o grupo pensar em uma inércia anômica: pelo excesso de regras, regulamentos e protocolos, o sistema sanitário transforma-se em um sistema anômico, desregulado. Ou, também, pode simplesmente continuar sendo “um simples espaço ambulatorial, distribuidor de medicação ou de psicoterapia por hora” (Basaglia, 2008, p. 27). Mesmo havendo uma boa organização com o seguimento “ótimo” de todos os protocolos, a hipernormatização dos procedimentos pode fazer derivar as ações para métodos esvaziados e sem resultados diante de situações que não são puramente ambulatoriais ou da “clínica clínica” (Campos, 2015). Este processo abala o que os triestinos construíram no início de sua luta e que lhes

é tão importante: a *presa in carico*¹⁰. A atuação não se faz de modo potente, não transforma as realidades dos assistidos. O usuário que “deriva” dos serviços estritamente clínico-institucionais faz derivar também o trabalho de rede, feito por muitos.

Importante acrescentar que no caso do Sr. Walt foi o trabalho de uma estagiária de Psicologia que rompeu com o muro cotidiano do “homem que não era nada”. Em visitas feitas regularmente ao Sr. Walt, ela conseguiu afetar a inércia dele e “fazê-lo” seguir em caminhadas a diversos lugares, ter desejos de vários encontros, mudando sua rota e povoando novos sentidos de vida naquele corpo até então sem fluxo, matéria estática. A função de acompanhante (não uma acompanhante terapêutica “convencional”, diríamos) causou um turbilhonamento nos territórios do Sr. Walt e, juntos, criaram espaços de vínculo e cuidado.

Pôr fim... na inércia, na institucionalização

A partir de reflexões sobre o trabalho em saúde mental e “mestiçando” com o debate do *Fare Salute*, podemos fazer algumas considerações e proposições: é bastante comum presenciarmos em nossas redes de serviços que “o caso tal não é da minha/nossa competência” ou “não deve ser encaminhado para este serviço”, dentre outras afirmações do gênero. Assim sendo, cabe a seguinte ponderação: se o nosso trabalho não se conecta com a rede sanitária que, por sua vez, não se conecta com outras redes de cuidado, não estamos institucionalizando nossos fazeres, nossos territórios e nosso cotidiano? Se não levarmos em conta que o trabalho em rede depende do saber-de-cada-técnico, independentemente da sua formação, somado aos saberes e fazeres de outras redes também multiprofissionais, ficaremos restritos a ações segmentadas e ineficazes ou fazendo o “jogo de empurra”, com afirma Franca Basaglia (2008).

¹⁰ Tomada de responsabilidade (tradução livre)

A apreensão do conceito de “tomada de responsabilidade” faz todo o sentido para que se desenvolva uma ação territorial e de corresponsabilização na comunidade. Combater a medicalização e a institucionalização é também refletir sobre o que está sendo feito para transformar a vida das pessoas que assistimos e cuidamos, assim como desinstitucionalizar conceitos, ações e inventar fazeres-saberes capazes de modificar o sentido de vida e existência de quem tem nossa assistência. Não será uma ou mais especialidades que farão esta ação, mas um coletivo que inclui todos os envolvidos no cuidado, inclusive a comunidade com suas características peculiares e o território com suas singularidades e multiplicidades. Trata-se de “encarregar-se” e fazer algo coletivamente para que a pessoa em situação de vulnerabilidade possa ter acesso à dignidade e à cidadania. Uma clínica ampliada, territorial e inventiva. Fazer caber os “Srs. Walts” no cuidado em rede do território, mesmo que eles não saibam demandar, tampouco fazerem-se nosograficamente aceitos em suas singulares diferenças!

REFERÊNCIAS

BASAGLIA, O. F. Saúde/doença. In: AMARANTE, P. (org.). **Saúde mental, formação e crítica**. Rio de Janeiro: Laps, 2008. p.17-36.

BUENO, R. C. **O Acompanhamento Terapêutico como potente estratégia de cuidado na clínica da desinstitucionalização**. 2016. Tese (Doutorado em Psicologia) – Faculdade de Filosofia e Ciências Humanas, Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2016.

BUENO, R. C. **O pensamento de Franco Basaglia: dos caminhos da saúde mental italiana a uma vivência prática em Trieste**. Belo Horizonte: Editora Dialética, 2020.

CAMPOS, G. W. S. **Saúde Paidéia**. São Paulo: Editora Hucitec, 2015.

DEZZA, M. G. C. (org.). Lavoro territoriale e medicina di comunità: La cassetta degli attrezzi. (Serie L'arte della cura nella medicina di comunità a Trieste: storie e racconti di malattia). **Progetto “Fare Salute”**. EnAIP di Trieste: Azienda per i Servizi Sanitari n° 1 Triestina, 2012a. Recuperado em: <<http://www.faresalute-microarea.it/wp-content/uploads/2013/06/12.pdf>> Acesso em: 12 fev 2023.

DEZZA, M. G. C. (org.). Glossario e Parole-Chiave. Gruppo di lettura “La malattia del signor Walt.”. (Serie L'arte della cura nella medicina di comunità a Trieste: storie e racconti di malattia). **Progetto “Fare Salute”**. EnAIP di Trieste. Azienda

per i Servizi Sanitari n° 1 Triestina, 2012b. Recuperado em: <<http://www.faresalute-microarea.it/wp-content/uploads/2013/06/12.pdf>>. Acesso em: 12 fev 2023.

DIPARTIMENTO DI SALUTE MENTALE DI TRIESTE. **La guida ai servizi di salute mentale**. Trieste: Stella Arti Grafiche, 2010.

LOBOSQUE, A. M. **Clínica em movimento: por uma sociedade sem manicômios**. Rio de Janeiro: Garamond, 2003.

MERHY, E. E. Os Caps e seus trabalhadores: no olho do furacão antimanicomial. Alegria e alívio como dispositivos analisadores. In: FRANCO, T.B., MERHY, E.E. (org.). Trabalho, produção do cuidado e subjetividade em saúde: textos reunidos. São Paulo: Hucitec, 2022.

MEZZINA, R. Introduzione. Che cos'è guarigione? L'oggetto oscuro della nostra (e vostra) ricerca. In: MARIN, I. & BON, S. **Guarire si può**. Persone e disturbo mentale. Meran/Merano: Edizioni alpha beta Verlag, 2012.

RIDENTE, P.; FURLAN, M. **Per riaffermare la centralità della persona: il budget di salute/progetto personalizzato nell'esperienza di Trieste**. [Mensagem pessoal]. Mensagem recebida por: <rinaldocob@yahoo.com.br> em 13 maio 2015.

RIDENTE, P. **Il budget di salute/progetto personalizzato come strumento di deistituzionalizzazione**. 2013. Recuperado em 30 mai 2015: <http://tutor.orsanet.it/media/CIRF/PDP/Ridente.pdf>

ROTELLI, F. O trabalho de saúde mental no território. In: KALIL, M.E.X. (org.). **Saúde Mental e cidadania no contexto dos sistemas locais de saúde, Anais** São Paulo: Salvador: Editora Hucitec/Cooperação Italiana em Saúde, 1992.

ROTELLI, F.; DE LEONARDIS, O.; MAURI, D.; RISIO, C. **Desinstitucionalização**. São Paulo: Ed. Hucitec, 2019.

Relato de experiência acerca da construção do trabalho em saúde mental na perspectiva antimanicomial em um município de pequeno porte

Ana Rita Amaral Minas
Alessandra Rios de Faria

Introdução

O presente relato de experiência traz reflexões acerca da construção de um trabalho na perspectiva antimanicomial em um município de pequeno porte. O município em questão possui extensão territorial de 339.375 km² e população estimada de 7.493 pessoas (IBGE, 2022). Até o ano de 2019, possuía como fluxograma para cuidado em saúde mental a conduta de sempre fazer contato com o Hospital Psiquiátrico Galba Velloso, encaminhando os pacientes para esta instituição, pois, no critério dos profissionais, a melhor solução para determinados casos era a internação por tempo indeterminado.

Escrevo este texto a partir da minha experiência como trabalhadora da saúde, bem como das reflexões e dos projetos que fui desenvolvendo ao longo de minha trajetória. Minha experiência na saúde mental começa com meu trabalho enquanto Agente Comunitária de Saúde (ACS). Trabalhei um ano como ACS e pude conhecer parte da realidade e necessidade de assistência em saúde mental que o município possuía. Por se tratar de município pequeno, havia um contato próximo entre as demais colegas ACS e as Equipes de Saúde da Família dos outros distritos. Constantemente havia encontros para abordar temáticas específicas relacionadas aos indicadores de saúde da Atenção Primária (APS) e muita troca de saberes ocorriam nestes espaços. Ainda, para além das trocas de saberes, havia o compartilhamento de casos relacionados às necessidades de cuidado e de atenção em Saúde Mental. Inicialmente,

os casos que abordavam essa temática eram trazidos pelos colegas ACS durante os momentos de socialização, junto com um cafezinho.

Por estar concluindo a formação em Psicologia, motivados pela curiosidade e pelo desejo em ajudar, muitos colegas questionavam o que deveria ser feito para auxiliar alguns usuários em sofrimento mental. Os casos que estavam explícitos no território eram compartilhados por todos, cada um ofertando sua opinião. Opinião esta que, em sua maioria, era manicomial e hospitalocêntrica. Não havia um psiquiatra na Atenção Primária à Saúde, o que, do ponto de vista da maioria dos trabalhadores, era apreendido como uma categoria profissional essencial para a produção do cuidado. Então, a demanda era direcionada para um único psicólogo que atuava no Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF). Este direcionava integralmente os pacientes para o Centro de Atenção Psicossocial do município vizinho. A partir das discussões, era possível compreender sob qual ponto de vista os trabalhadores do SUS problematizavam a saúde mental.

Estava arraigado um modelo manicomial e um completo desconhecimento acerca da Reforma Psiquiátrica e, conseqüentemente, da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS). Somente os profissionais de ensino superior haviam ouvido falar timidamente da RAPS. Os enfermeiros e médicos das Unidades Básicas de Saúde sabiam que havia algo de inovador, mas não sabiam como começar a implantação e, por muitas vezes, acreditavam que os casos de egressos de internação no Galba Velloso eram todos, sem dúvidas, exclusividade de cuidado do CAPS. Não havia formação suficiente e nem diálogo entre os municípios e gestores para se falar da Reforma Psiquiátrica na APS.

Quando um caso diz sobre todos os casos

Em 2019 ocorreu a mudança do gestor municipal, a partir de eleições extemporâneas. Assim, fui convidada a assumir a função de Responsável Técnica em Saúde Mental, após episódio de um usuário que estava em crise entrar na Igreja Católica do município em plena

missa e furtar parte do dízimo. Além disso, o mesmo havia entrado em uma residência e tentado violentar sexualmente uma mulher. Instalou-se um caos em função das condutas deste usuário. Este possuía o diagnóstico de esquizofrenia e também fazia uso de substâncias psicoativas. A mobilização dos cidadãos contra o usuário incitou na administração municipal a necessidade imediata de detê-lo com prisão, sob a justificativa que ele “oferecia risco” para os munícipes. A polícia foi acionada e a família responsabilizada, mas o usuário não modificava sua conduta e por dias perdurou o sofrimento mental.

Os profissionais do hospital da cidade estavam angustiados pela cobrança de conter, através de medicamentos, a conduta inapropriada deste usuário em sofrimento mental. Recém-nomeada como Referência Técnica em Saúde Mental do município, fui apurar o contexto no qual o paciente estava inserido. Também fiz busca ativa da família, a qual residia em outro município e deixara o usuário sozinho após a alta deste do Hospital Galba Velloso.

Após os policiais dizerem que estavam limitados no agir em relação às condições daquele usuário, o Secretário de Saúde foi pressionado a conseguir uma vaga de urgência no referido hospital psiquiátrico. Entretanto, naquele momento, os servidores públicos da Fundação Hospitalar de Minas Gerais (Fhemig) estavam em greve e, ao conversar por ligação com a diretora clínica, houve o convite para uma reunião em Belo Horizonte, no ano de 2020, na sede do Galba Velloso. Esta reunião ocorreu pouco antes do primeiro caso de COVID-19 em Belo Horizonte, Minas Gerais.

Sem conhecimentos aprofundados acerca de como conduzir o caso que estava “apavorando” os cidadãos, fomos para Belo Horizonte em busca de orientações e com o incisivo questionamento de quando a greve iria terminar, pois havia a necessidade de hospitalizar o usuário em surto psicótico. A expectativa era de que, a partir de nossos relatos, conseguiríamos convencer a diretora clínica a aceitar o usuário. Ainda, esperava-se que compreenderíamos o fluxograma de internação,

pois havia muitos casos no município em que o prefeito reivindicava esta medida. O prefeito acabara de assumir como gestor municipal e as cobranças da população acerca de “segurança pública” eram constantes.

Eu queria a todo custo conseguir uma solução para aquele “problema”. Durante a visita técnica ao Hospital Galba Velloso (HGV), algumas possibilidades se apresentaram. Uma delas foi fazer o processo seletivo da Especialização em Políticas de Saúde Mental e Atenção Psicossocial da Escola de Saúde Pública do Estado de Minas Gerais (ESP-MG). Enquanto tentava a seleção, procurei a Referência Regional em Saúde Mental que comentou acerca do Colegiado em Saúde Mental. Ainda, alguns documentos relacionados à Reforma Psiquiátrica, como a Lei n.º 10.216/2001 e Lei n.º 3.088/2011, foram compartilhados. O novo modelo acerca da proteção e dos direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais começou a estimular em mim o desejo de modificar o funcionamento do cuidado e da atenção em saúde mental que o município ofertava aos usuários.

Neste cenário, em razão da pandemia de COVID-19, Belo Horizonte e região já haviam notificados casos de infecção pelo novo coronavírus. Com o fechamento do HGV, alguns pacientes foram remanejados para o Instituto Raul Soares e outros contrarreferenciados para os municípios de residência. Assim, toda e qualquer possibilidade de pleitear a internação dos usuários, em especial do usuário que estava em surto psicótico, havia “caído por terra”.

Repensando o cuidado em Saúde Mental

Diante de um novo modelo apresentado pela Referência Técnica Regional e fortemente influenciada pelas circunstâncias que não corroboravam para a internação forçada, houve a necessidade de estudar a Reforma Psiquiátrica brasileira, conhecer a Rede de Atenção Psicossocial do município e buscar outras possibilidades de ação.

A Reforma Psiquiátrica é um movimento que emerge nas décadas de 1970-1980, questionando o tratamento ofertado às pessoas com história de sofrimento mental e que estavam internadas em manicômios. Sabemos que ao longo da história da humanidade surgiram diversas concepções sobre a loucura (Foucault, 1993). Cada período histórico deu a ela seus contornos. No período clássico, há o predomínio da razão como principal característica do ser humano e consequente desenvolvimento da sociedade. Há o imaginário de que a loucura é perigosa, pois o louco “perde a razão”, algo que só o humano detém. Logo, se perde a razão, torna-se um animal irracional: alguém mal, perigoso, violento e que, consequentemente, precisa ser internado e tratado. Esta alienação levou o louco a instituições carcerárias, fechadas; ao âmbito jurídico-político, com a ideia de irresponsabilidade, de incapacidade civil, inimputabilidade, perda de cidadania e perda de direitos civis (Birman, 1992). Pelo exposto, vemos como ainda hoje este estigma da periculosidade e da violência apresenta-se para as pessoas com sofrimento mental, marcando suas relações com a sociedade.

A Reforma Psiquiátrica antimanicomial advoga que a loucura não é perda da razão, mas uma outra experiência humana que deve ser acolhida, compreendida e cuidada em liberdade. Ela propõe a substituição dos leitos nos hospitais psiquiátricos pelo cuidado em serviços territorializados. Propõe ainda a superação do modelo biomédico, este centrado na doença e no tratamento médico, em favor da produção de uma clínica ampliada: assentada numa concepção de saúde complexa e multideterminada; na construção de projetos terapêuticos individualizados, a partir da escuta e do diálogo com a pessoa em sofrimento; e no trabalho em equipe na lógica transdisciplinar (Amarante, 2007; Yasui; Costa-Rosa, 2008).

Sustentando essa proposta, cria-se no Brasil leis que dispõem sobre o cuidado às pessoas em sofrimento mental. Destacam-se entre estas normativas a Lei n.º 10.216, de 6 de abril de 2001, que dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais

e redireciona o modelo assistencial em saúde mental (Brasil, 2001); e a Portaria n.º 3.088, de 23 de dezembro de 2011, a qual institui a Rede de Atenção Psicossocial para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde (Brasil, 2011).

Compreendendo um pouco mais a Reforma Psiquiátrica, conforme exposto acima, veio a necessidade de compreender a Rede de Atenção Psicossocial municipal. O município conta com um hospital que, em razão dos escassos recursos, acaba por funcionar como ambulatório, uma vez que não realiza internações e tampouco pequenos procedimentos. Geralmente, tende a ser acionado pela população quando a Unidade Básica de Saúde (UBS) não está em horário de funcionamento. O hospital não possui leitos de retaguarda, dispõe de um clínico geral de plantão e alguns enfermeiros e técnicos de Enfermagem. Além disso, o município conta com quatro equipes de Estratégia de Saúde da Família, sendo duas localizadas em distritos do município; uma no centro da cidade; e outra com população mista, esta abrangendo parcela da zona rural e da cidade. Naquela época também havia uma equipe do Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF), que contava com psicólogo, educadora física, nutricionista, fisioterapeuta e assistente social. Há um CAPS em Jaguaraçu que atende aos municípios próximos.

O que o caso diz sobre nós?

A situação em que se encontrava este usuário acabou por desvelar o modelo de atenção em saúde mental do município. Percebia-se que o modelo manicomial, bem como a facilidade de encaminhar usuários para o Hospital Galba Velloso e a consequente admissão destes, havia causado nos profissionais do hospital geral do município uma resistência em assumir novas responsabilidades. Os médicos e enfermeiros acreditavam que determinadas demandas não competiam ao setor hospitalar do município e que a única forma de as resolver era num hospital especializado em internação psiquiátrica.

A Atenção Primária permaneceu alheia à ação durante muitos anos, uma vez que acreditava que sua função exclusiva era promover a Saúde Mental. Como o município não dispunha de referência técnica, não havia indicadores explícitos acerca da saúde mental, assim não havia “demanda” para se trabalhar. O prioritário era cumprir com os indicadores de Saúde e trabalhar em função dos mesmos, a fim de garantir os repasses financeiros equivalentes ao cumprimento dos programas. Em alguns períodos houve assistência especializada de um psiquiatra no município. Todavia, em outras ocasiões, era acionado o consórcio municipal, o qual transporta usuários de um município a outro para tratamentos de saúde, de modo que alguns destes se tratavam com especialistas em outra cidade. Tais condutas só ocorriam se o paciente não estivesse em crise, do contrário o Hospital Galba Velloso era a referência exclusiva.

Na APS, em alguns momentos, ouvia-se a expressão “vamos apagar incêndio” quando se tratava da conduta de acompanhar um paciente em surto psicótico. Também havia um desencontro entre CAPS e Atenção Primária para definir de quem seria a única e exclusiva responsabilidade pelo paciente, pois, neste momento, não se compreendia o cuidado compartilhado, mas a exclusiva responsabilização pelo usuário. Existiam desafios instalados em ambas as equipes.

No CAPS não havia equipe mínima para fornecer assistência. Este ofertava acolhimento de demandas espontâneas, permanência-dia para alguns usuários, atendimentos psicológicos, oficinas terapêuticas, atendimentos psiquiátricos, acolhimento psicossocial e administração de medicamentos. Para além, havia uma crítica relacionada ao quantitativo de pacientes que permaneciam como usuários do CAPS e sob quais critérios somente um “pequeno quantitativo” (conforme entendimento da APS) era admitido. A Atenção Primária entendia que se havia sofrimento mental, independentemente da natureza, cabia ao CAPS atender a todos nesta condição. Entendia-se que este serviço deveria aceitar e agendar consultas psicológicas, psiquiátricas e oficinas

terapêuticas para todas as pessoas com sofrimento mental, uma vez que funcionava a partir de pactuações intermunicipais e o município contribuía financeiramente com o funcionamento do serviço. Existia a percepção de que o CAPS atendia mais cidadãos do município-sede do que dos municípios pactuados. No entanto, este afirmava que, apesar de haver repasses financeiros, não havia compartilhamento entre os gestores de saúde dos municípios envolvidos.

Os questionamentos iniciais relacionados à Atenção Primária e ao CAPS estavam intimamente relacionados ao desconhecimento de como deveria funcionar a Rede de Atenção Psicossocial. Além disso, o CAPS possuía em seu quadro de funcionários servidores públicos que haviam sido admitidos a partir de processo seletivo. Por esta razão, a equipe variava conforme o desligamento de alguns trabalhadores do SUS. À medida que um novo profissional era inserido na equipe, novas capacitações e reuniões eram necessárias.

O CAPS também afirmava que, antes da minha nomeação como Referência Técnica em Saúde Mental, a comunicação era ineficaz e os usuários só eram encaminhados ao serviço em situações extremas de surto psicótico, quando o Hospital Galba Velloso não os admitia em seus leitos. A contrarreferência era feita para o CAPS sempre que havia um usuário em internação no HGV. Mas, de acordo com o CAPS, a Atenção Primária não enviava o usuário para as oficinas, para os atendimentos ou para a permanência-dia. A Secretaria de Saúde defendia-se, afirmando que não havia transporte para os usuários nos dias e horários marcados. Dizia que a preferência para o transporte era de pacientes oncológicos e em hemodiálise, caso “sobrasse” veículo, então, o usuário iria para o CAPS.

Construindo possibilidades para o trabalho articulado

Diante de todos os fatos supracitados e de constantes acusações e apontamentos, vi-me com a necessidade de atuar, enquanto Referência Técnica de Saúde Mental do município, como mediadora entre os

dispositivos e de tentar resolver as dificuldades entre APS e CAPS, bem como alinhar em reuniões e matriciamentos um novo modelo de fluxograma e de funcionamento dos serviços.

Assim, elaborei um questionário estruturado com perguntas relacionadas à necessidade de atendimentos em Saúde Mental e compartilhei com as ACS. Solicitei que as mesmas fizessem busca ativa dos usuários que faziam o uso de determinados psicofármacos e também daqueles com necessidade de acompanhamento psicológico ou psiquiátrico, em função de possível sofrimento mental, que não era muito evidenciado para elas.

Os pacientes que não se sentiram à vontade com as ACS foram orientados a me procurar na Secretaria Municipal de Saúde, local onde eu realizava acolhimento acerca das necessidades, orientava e lançava numa planilha os dados e a queixa principal destes usuários que sinalizavam necessidade de acompanhamento. Esse levantamento foi feito com a intenção de tecer um panorama inicial acerca de quais usuários, dentre tantos outros que foram surgindo depois, estavam em sofrimento mental e precisavam de acolhimento e acompanhamento quanto às suas queixas e necessidades. Como o município não possuía uma Referência Técnica em Saúde Mental até aquela data, não se sabia a quem recorrer para buscar acolhimento e atenção em saúde mental.

Quando me tornei Referência Técnica, contei com a ajuda de profissionais que já estavam inseridos na Atenção Primária para me auxiliar quanto às demandas coletadas. Houve um número expressivo de usuários que sinalizaram desejo de acompanhamento psiquiátrico por queixas de natureza distinta. Todavia, não seria possível encaminhar todos para o CAPS, uma vez que seu principal objetivo é acolher casos graves e persistentes de sofrimento mental. Assim, compreender a contribuição de cada equipamento da RAPS mostrou-se importante.

Na APS é possível cuidar das pessoas em sofrimento mental, produzindo saúde e defendendo a vida. Conforme a lógica antimanicomial, o objeto de intervenção deixa de ser a doença e passa a

ser a complexidade da vida com suas infinitas manifestações, tais como dor, sofrimento, medo e desamparo. A saúde passa a ser entendida não como ausência de doença, mas como resultado das condições sociais e de vida (Yasui; Costa-Rosa; Luzio, 2003).

O trabalho pode ser iniciado pelo ACS, o qual faz uma ponte entre o cotidiano de cada casa e a Equipe de Saúde da Família. Este identifica as necessidades daquela população específica, apresentando a vida como ela é, em sua dimensão trágica e complexa. Propõe-se a adoção da lógica do território, entendido como espaço, processo, relação e composição. Rompe-se com a noção de esquadramento dos espaços físicos das cidades ou regiões. O cuidado deixa de ser o isolamento terapêutico ou o tratamento moral para tornar-se criação de possibilidades, produção de sociabilidade e subjetividades. Há um rompimento com o modelo tradicional, o qual se baseia no princípio de doença e cura (Yasui; Costa-Rosa; Luzio, 2003).

Assim, após levantamento do número expressivo de pacientes que sinalizaram necessidade de acompanhamento em saúde mental, este foi apresentado ao gestor de saúde e ao gestor municipal. A Secretaria de Saúde optou então pela contratação de mais um psicólogo, pela inclusão de uma assistente social no quadro de funcionários e pela contratação de um psiquiatra para atender as demandas reprimidas, demonstradas a partir do quantitativo e da busca ativa que as ACS fizeram. Os encaminhamentos dos pacientes não estavam alinhados, neste momento, com a perspectiva da Reforma Psiquiátrica. Ainda havia desconhecimento acerca de seus propósitos e princípios. Foram feitas muitas tentativas de acerto, estas, contudo, sem se basear em literaturas que orientam o trabalho, o cuidado e a atenção em saúde mental.

Diante de tais mudanças, os usuários posicionaram-se afirmando que não deixariam de optar pelo atendimento no CAPS, uma vez que gostavam da forma como o psiquiatra deste equipamento mantinha o cuidado e a atenção em Saúde Mental. Assim, a Secretaria Municipal

optou por contratar este psiquiatra, que atendia os usuários no CAPS, para atender na Atenção Primária à Saúde. Inicialmente, havia uma compreensão imediatista e equivocada de cuidado em sofrimento mental, pois considerava a medicação como resposta preferencial às demandas de saúde mental. Houve incontáveis desafios no cotidiano da APS para programar o novo modelo assistencial. A tarefa de expandir e consolidar as mudanças propostas pela Reforma Psiquiátrica caminhava vagarosamente. Ainda faltava formação permanente para a redefinição e reorganização dos processos de trabalho e a articulação de forças antagônicas dos diversos setores da sociedade. Fazia-se necessário a criação de uma rede de atenção e cuidado baseada no território e pautada nos princípios de integralidade e participação popular.

Cuidando em liberdade, construindo outros caminhos

A partir do contato com o município da Referência Regional em Saúde Mental da Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais (SES-MG), passamos a realizar o acolhimento dos usuários; discussão de casos com a equipe multiprofissional, esta composta por enfermeiros das UBS, técnicos de Enfermagem, clínicos gerais, psicólogo, nutricionista, fisioterapeuta, assistente social e agentes comunitários de saúde; e matriciamento com os profissionais do Hospital e da Estratégia de Saúde da Família (ESF) da Unidade Básica de Saúde do centro.

O matriciamento ocorreu pela primeira vez na UBS do centro, nele foram trazidas informações acerca do modelo de cuidado e atenção em saúde mental a partir da Reforma Psiquiátrica. No primeiro encontro quase não houve espaço para a discussão dos casos, fora mais um momento formativo acerca de como seria conduzida a atenção em saúde mental a partir daquele momento. As Equipes de Saúde da Família estavam habituadas a realizar reuniões periódicas para discutir sobre os indicadores de Saúde que possibilitavam repasses financeiros. Após o primeiro encontro com a equipe do CAPS, equipes da APS e

equipe do Hospital, outros momentos foram agendados, a fim de que os casos que causavam alvoroço fossem mais bem conduzidos.

Sobre o caso aqui apresentado, é importante registrar que, mediante atuação do Serviço Social, houve a localização de um filho do usuário. Em uma dada ocasião, o motorista da Secretaria de Saúde foi acionado para transportar o usuário a uma consulta psiquiátrica. Recordo-me que o motorista relatou muito receio em levá-lo para outro município, principalmente em função do acesso ser feito por rodovias municipais sem pavimentação, o que reverberava num maior trajeto, e em zonas rurais que não possuíam sequer sinal telefônico, impedindo o contato caso houvesse alguma emergência. É importante registrar que o usuário em sofrimento foi atendido pelo psiquiatra e medicado, retornando para o município com algumas orientações de medicação assistida, visita cotidiana da ACS, responsabilização do filho que o acompanhava. Filho este que também estava com o cartão do Benefício de Prestação Continuada (BPC) do pai. O Serviço Social, através do Sistema Único de Assistência Social (SUAS), foi acionado a fim de oportunizar o acesso a alguns direitos e benefícios, pois o usuário não possuía alimentação suficiente em casa, tampouco de itens de higiene pessoal. Muitos profissionais, tais como agentes comunitários de saúde, enfermeiros, médicos clínicos gerais e técnicos administrativos da Secretaria Municipal de Saúde mobilizaram esforços para auxiliar no cuidado e atenção ao usuário. No entanto, outros acreditavam que tal conduta seria ineficaz e que o quadro do usuário se manteria caso o mesmo não fosse internado.

Os esforços iam desde uma logística mais eficaz nos fluxos de carros, a fim de sempre ficar disponível um veículo para as consultas no CAPS e para eventuais urgências e emergências. Além disso, era realizado o acolhimento e recebimento do usuário em consultório e não apenas a renovação automática de receitas. Para mais, os ACS aumentaram o índice de visitas nas residências dos usuários em sofrimento mental. Alguns usuários também faziam o uso de dosagem

de medicação assistida. Os enfermeiros deixaram de realizar contenção física do usuário na administração da medicação injetável. Estes passaram a acolhê-lo humanamente e a medicação passou a ser feita sem maiores dificuldades.

O usuário que mobilizou o início da implantação da Reforma Psiquiátrica no município passou a residir com seu único filho, este com 18 anos, em uma residência herdada. O Serviço Social passou a fazer visitas constantes na residência, orientando o filho e prestando assistência, conforme as necessidades apresentadas. O CAPS e a APS passaram a trabalhar em conjunto e propuseram um Projeto Terapêutico Singular com a participação do usuário, o qual passou a frequentar os atendimentos agendados com maior entusiasmo e sem o receio da internação hospitalar que o assombrava.

Colhendo alguns frutos

Diante das condutas supracitadas, houve considerável melhora e alinhamento entre as demandas de CAPS e as demandas de APS. Os pacientes começaram a ser melhor assistidos. Os atendimentos passaram a ser feitos pela equipe multiprofissional da APS e do CAPS em momentos distintos, tornando-se possível produzir a integralidade do cuidado na Rede.

O psiquiatra e eu, psicóloga, realizávamos acompanhamentos individuais com o intuito de conhecer melhor a realidade e necessidade de cada paciente. Buscávamos agendar o retorno em tempo hábil e articular redes necessárias, considerando os serviços disponíveis no município, tais como: Conselho Tutelar, escola, creche, Centro de Referência da Assistência Social, CAPS, Equipe de Saúde Bucal e os serviços disponíveis na Atenção Primária à Saúde. Começava então um cuidado multidisciplinar. A Atenção Primária passou a atuar efetivamente como dispositivo que promovia a saúde e coordenava o cuidado, inventando-se e renovando-se a cada novo encontro com os usuários. O usuário, antes excluído do mundo e da cidadania, tornou-se

sujeito e não objeto de saber. Aquela ideia de definições abstratas de doença, as quais reduzem o sujeito a uma coleção de sintomas e sinais, estava “caindo por terra”. Houve a desnaturalização dos pré-conceitos, pré-juízos e de verdades estabelecidas da vida cotidiana. Além disso, houve o desejo de modificar os processos de trabalho, a vontade de criar grupidades ou coletivos. Reviram e repensaram conceitos e fundamentos que iriam sustentar a oferta em saúde, assim como o estabelecimento de redes e parcerias.

O CAPS, no decorrer de constantes reuniões, definiu alguns usuários para permanência-dia, além da participação em oficinas terapêuticas. Ainda, mensalmente havia o matriciamento para discussão de casos entre a APS e o CAPS. Quando necessário, outros dispositivos eram convocados e inseridos na discussão. O matriciamento era agendado conforme disponibilidade do CAPS e realizado pelo mesmo, uma vez que atendia mais de um município simultaneamente. Por algumas vezes, era realizado somente com a participação de alguns profissionais da APS, a fim de discutir casos específicos de usuários e definir as estratégias de cuidado mais coerentes. Por outras vezes, o CRAS, o Conselho Tutelar, membros das escolas municipais e estaduais eram convidados a participar, em função das demandas apresentadas. Quanto mais profissionais participavam, mais rica era a discussão e a troca de saberes para a construção de algo novo fundamentado nas práticas antimanicômias.

O CAPS foi fundamental para ensinar aos dispositivos o modelo mais assertivo de cuidado e de atenção em saúde. Além dos matriciamentos, havia reuniões *on-line* para alinhar orientações quanto às necessidades de alguns usuários. A Referência Técnica Regional em Saúde Mental da SES-MG auxiliava quanto às condutas pautadas nas portarias da Política Nacional e Estadual de Saúde Mental. Aos poucos, os profissionais que eram a favor dos manicômios foram se flexibilizando e percebendo que trabalhar na produção do cuidado territorial era mais efetivo do que se trabalhar com manicômios. Ao longo de dois anos, as práticas foram

aperfeiçoando-se e os profissionais resistentes aderiram ao cuidado compartilhado.

O município começava a compreender o que era a Rede de Atenção Psicossocial e seu funcionamento, desde os profissionais que se dedicavam ao cuidado quanto aos usuários e seus familiares. Os próprios usuários passaram a reivindicar seus direitos e os profissionais integraram saberes, experiências e “força de vontade” para fazer dar certo a implantação de um modelo antimanicomial na cidade.

A intenção perpassava pelas tentativas de melhorias para o próprio trabalho em saúde mental e para os locais de atendimento em saúde. O desejo era ter tratamentos que fossem integrados à sociedade e, por vezes, fazia-se necessário recordar das práticas do recente passado manicomial para que estas não voltassem a acontecer. Estávamos em uma caminhada bastante importante, porém havia desafios, especialmente quando a demanda de cuidados se sobrepunha à oferta de serviços. O modelo manicomial precisa ser extinto e isto não se reduz apenas ao fechamento de leitos no Hospital Galba Velloso. É necessária a ampliação da Rede de Apoio de atendimentos em Dionísio/MG, de políticas públicas e da possibilidade de reabilitação psicossocial.

No município não se internava mais em hospital psiquiátrico, mas de forma tendenciosa começaram a surgir interesses em Comunidades Terapêuticas, as quais se tornaram os novos manicômios. Ademais, infelizmente, alguns profissionais eram mais comprometidos com a luta antimanicomial do que outros, assim o excesso de energia para despender esforços gerava, muitas vezes, sobrecarga de cuidado. As demandas territoriais eram extensas e a maioria visava o alcance de metas. Para além, quando as equipes estavam se engajando na ampliação da Rede de apoio para a produção de cuidado, vinham as “avalanches” de substituições, ora por força política, ora por ofertas de trabalho mais atrativas financeiramente. Era fundamental que os espaços de saúde oferecessem uma condição diferenciada de cuidado, pois os tratamentos eram prolongados e exigiam tempo para acessar

o usuário e conhecer sua demanda. Mas, nem todos os profissionais, atravessados por um cenário condicionado a indicadores financeiros de saúde, inclinavam-se para as demandas tais como elas eram.

Assim, após a vivência de inúmeros desafios e o aprendizado de novas formas de cuidado e de atenção em saúde mental, espero poder fazer a diferença e algum dia retornar para dar continuidade a essa história que marcou minha trajetória profissional e a vida de muitos em sofrimento mental.

REFERÊNCIAS

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

BIRMAN, J. A cidadania treloucada: notas introdutórias sobre a cidadania dos doentes mentais. In: BEZERRA JÚNIOR, B.; AMARANTE, P. (org.). **Psiquiatria sem hospício**: contribuições ao estudo da reforma psiquiátrica. Rio de Janeiro: Relume Dumara, 1992, p. 71-90.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria n.º 3088, de 23 de dezembro de 2011**. Institui a Rede de Atenção Psicossocial para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília: Gabinete do Ministério da Saúde, 2011. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt3088_23_12_2011_rep.html. Acesso em: 04 nov. 2023.

BRASIL. Ministério Saúde. **Lei nº 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. Brasília: Presidência da República, 2001. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/leis_2001/l10216.htm. Acesso em: 04 nov. 2023.

FOUCAULT, M.. **História da Loucura**. 3ª ed., São Paulo: Perspectiva, 1993.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA [IBGE]. **Censo Brasileiro de 2022**: Características Populacionais e Territoriais. Brasília: IBGE, 2023

YASUI, S.; COSTA-ROSA, A.. A Estratégia Atenção Psicossocial: desafio na prática dos novos dispositivos de Saúde Mental. **Saúde em Debate**, v. 32, n. 78-79-80, 27-37, 2008. Disponível em: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=406341773003>. Acesso em: 04 nov. 2023.

YASUI, S.; COSTA-ROSA, A.; LUZIO, C. A. . Atenção psicossocial: rumo a um novo paradigma na saúde mental coletiva. In: AMARANTE, P. (org.). **Archivos de saúde mental e atenção psicossocial**. 1ªed. Rio de Janeiro: Nau editora, 2003, p. 13-44.

A gestão do projeto de supervisão clínico-institucional em uma região de Minas Gerais: desafios, estratégias e avanços

Maria Lúcia dos Reis

1. Introdução

Delgado (2013) aponta que a Supervisão Clínico-Institucional (SCI) é compreendida como necessária aos serviços das Redes de Saúde Mental implementados no Sistema Único de Saúde (SUS) desde os anos 90, a partir do movimento da Reforma Psiquiátrica. Em 2005, o Ministério da Saúde (MS) propôs a criação de “Escolas de Supervisores” que se materializaram por meio de normatização e financiamento destinados especificamente a elas. O autor destaca que a SCI foi e é um dispositivo estratégico para a concretização da Reforma Psiquiátrica pois considera as exigências do campo do cuidado em Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), destacando seu papel ético na construção da autonomia do usuário.

Nos anos 2012 e 2013, a Escola de Saúde Pública do Estado de Minas Gerais (ESP-MG) atuou como Escola de Supervisores e promoveu um curso e cinco seminários ampliados sobre a SCI, os quais discutiram diferentes enfoques dessa prática. Os seminários resultaram na publicação de um livro (Filho, 2013) com artigos dos expositores participantes dos seminários que apresentavam variadas reflexões sobre o campo da saúde mental.

Além de propiciar a criação da Escola de Supervisores, o MS destinou recursos para os CAPS brasileiros contratarem supervisores. A Portaria MS n.º 1174, de 07 de julho de 2005, previa o repasse de R\$ 10.000,00 para cada Centro de Atenção Psicossocial (CAPS), mediante pleito do gestor municipal de Saúde que deveria incluir o ofício com

solicitação, o projeto técnico de qualificação e o *curriculum vitae* do possível supervisor.

Em 2020, a Secretaria de Estado de Minas Gerais (SES-MG), por meio da Diretoria de Saúde Mental, Álcool e outras Drogas (DSMAD), publicou a Resolução SES/MG 7168, de 20 de julho de 2020 (SES/MG, 2020), após aprovação na Comissão Intergestores Bipartite (CIB), através da Deliberação CIB SUS/MG 3192, da mesma data. Esta Resolução

[...]estabelece as regras de adesão, execução, acompanhamento, controle e avaliação do incentivo financeiro de custeio, em caráter excepcional, destinado à realização de supervisão clínico-institucional nos Centros de Atenção Psicossocial da Rede de Atenção Psicossocial do Estado de Minas Gerais, nos termos que menciona (Minas Gerais, 2020).

O projeto mineiro, por sua vez, apresentou uma proposta ousada e robusta. Destinou R\$100.000,00 para contratação de supervisores para cada um dos CAPS de Minas Gerais em funcionamento, a fim de qualificar os processos de trabalhos e as relações internas da equipe, bem como sua atuação na Rede de Atenção Psicossocial (RAPS). A proposta previa o financiamento de SCI pelo período de um (01) ano, com atuação mínima do supervisor de quatro horas (04) semanais junto da equipe. Na oportunidade, quinze (15) CAPS de oito (08) municípios das microrregiões de Saúde de Patrocínio/Monte Carmelo e Uberlândia/Araguari, acompanhadas pela Superintendência Regional de Saúde (SRS) de Uberlândia, foram contemplados com o recurso previsto na Resolução da SES-MG. Ao final do prazo permitido para a contratação do supervisor, apenas um município não havia efetivado o processo, resultando na necessidade de devolução do recurso ao tesouro estadual.

Em Minas Gerais, os processos administrativos para repasse dos recursos aos municípios foram realizados imediatamente após publicação da Resolução n.º 7168/2020 e, em meados de agosto de

2020, o recurso para contratação de supervisores já estava disponível nos fundos municipais de Saúde.

Ainda, esta Resolução apresentou orientações para o trabalho de supervisão clínico-institucional, que deveria seguir as diretrizes e premissas de cuidado em saúde mental previstas na Política Estadual de Saúde Mental, álcool e outras Drogas, em consonância com o SUS e a Reforma Psiquiátrica. Também apresentava orientações acerca do perfil profissional do supervisor, as atividades que deveriam ser realizadas, a carga horária mínima semanal de trabalho, entre outras. O processo de contratação ficou inteiramente a cargo da gestão municipal de saúde, a ser realizado dentro das previsões legais e das prerrogativas de contratação de trabalho técnico.

A Resolução original foi alterada pelas Resoluções n.º 7188, de 14 de agosto de 2020; n.º 7236, de 29 de setembro de 2020; e n.º 7428, de 02 de março de 2021, as quais versam sobre novos prazos de assinatura de documentos, execução do recurso, bem como sobre inclusão e exclusão de serviços contemplados. Não houve alterações nas orientações para o trabalho do supervisor junto aos CAPS e à Rede de Atenção à Saúde (RAS).

A DSMAD publicou a Nota Técnica n.º 73/2020 para nortear o trabalho dos gestores e supervisores, trazendo “Orientações sobre o papel da supervisão clínico-institucional e o plano de aplicação dos recursos financeiros previstos na Resolução n.º 7168 de 20 de julho de 2020”. A Nota Técnica contribuiu para a compreensão da proposta e detalhou as possibilidades do trabalho nos CAPS e na Rede como um todo.

Um ciclo de três (03) webinários organizados pela ESP-MG, em 2021, em parceria com a DSMAD, intitulado “Supervisão clínico-institucional e suas contribuições para o fortalecimento da RAPS de Minas” (Minas Gerais, 2021), trouxe a contribuição de vários profissionais, possibilitando a reflexão sobre a importância da SCI e nuances do papel do supervisor para o trabalho nos CAPS de Minas Gerais.

A DSMAD realizou ainda algumas reuniões com as referências Técnicas (RTs) em Saúde Mental das Unidades Regionais da SES-MG para orientação dos processos administrativos e de acompanhamento da supervisão nos territórios, o que facilitou a aproximação e diálogo com os secretários municipais de Saúde.

2. O Trabalho Regional

Como parte do processo, a Referência Técnica da Rede de Atenção Psicossocial da Superintendência Regional de Saúde (SRS) de Uberlândia, autora deste trabalho, orientou, por meio de reunião da CIB regional, e-mails, telefone, mensagens de *WhatsApp* e reuniões específicas com os gestores municipais e coordenadores das RAPS e dos CAPS, sobre os atos administrativos necessários para o recebimento do recurso, as diretrizes para a supervisão, a execução adequada do recurso, o processo de contratação para que os objetivos propostos pelo Projeto de SCI fossem alcançados.

Inicialmente, os gestores municipais de saúde apresentaram dificuldade na compreensão da função da SCI, do papel do supervisor nos CAPS e do valor a ser pago aos profissionais contratados. Questionavam o custo de uma hora de trabalho, comparado com a hora paga aos profissionais da equipe. As orientações em reuniões e mensagens de e-mail tornavam-se insuficientes para ampliar essa compreensão. Foi necessário um trabalho mais individualizado com alguns, acolhendo as dúvidas e esclarecendo os pontos para que vislumbrassem a possibilidade de um profissional qualificado que viesse se somar ao esforço da gestão e dos profissionais das equipes, buscando a melhoria da assistência à pessoa que sofre psiquicamente.

Foi elaborada pela RT da SRS Uberlândia a “Nota Informativa e orientadora aos gestores municipais e coordenadores da Rede de Atenção Psicossocial” (SRS UBERLÂNDIA, 2020), consolidando as principais informações e, ainda, apresentando aos gestores possíveis valores por hora de trabalho de um supervisor – referência dos

conselhos profissionais e do mercado. Essa demanda foi apresentada por alguns gestores e contou com a contribuição de coordenadores e profissionais da RAPS para estruturar uma sugestão de tabela de pagamento, visando valorizar a qualificação do profissional, pela sua experiência e formação em saúde e em saúde mental.

Iniciadas as contratações, foi necessário realizar uma reunião inicial com supervisor e coordenador de serviço para orientação sobre o processo administrativo do trabalho (frequência, indicadores, relatórios trimestrais, entre outros) e sobre o trabalho técnico junto aos serviços e à RAPS. Porém, a RT em saúde mental da SRS de Uberlândia, em sua função de gestão regional, optou por realizar um trabalho regular de acompanhamento dos supervisores, coordenadores, profissionais das equipes. Propôs aos primeiros supervisores contratados e aos seus coordenadores reuniões a cada três (03) meses aproximadamente. Nestas, haveria apresentação de dificuldades, avanços e vivência diária do trabalho, possibilitando trocas de experiência entre os supervisores/coordenadores.

Dentro dessa proposta, entre novembro de 2020 e fevereiro de 2022, foram realizadas seis (06) reuniões introdutórias para alinhamento inicial do trabalho, cinco (05) reuniões de acompanhamento do trabalho dos supervisores, duas (02) reuniões de “Mostra de Trabalhos da Supervisão Clínico-Institucional da RAPS”, conforme detalhamento seguinte feito a partir de registro de presença dos participantes feito em formulário Google. Todas as reuniões foram realizadas de forma *on-line*, através de plataforma disponível para reuniões e videoconferências na SRS Uberlândia.

Quadro 01. Detalhamento das reuniões realizadas entre nov./2020 e fev./2022.

REUNIÕES INTRODUTÓRIAS
20/11/2020 – três (03) participantes
05/03/2021 – cinco (05) participantes
10/03/2021 – vinte (20) participantes
21/05/2021 – nove (09) participantes
26/08/2021 – sete (07) participantes
10/03/2022 – vinte (20) participantes
REUNIÕES DE ACOMPANHAMENTO
02/07/2021 – quinze (15) participantes
02/12 2021 – dezesseis (16) participantes
09/06/2022 – vinte e sete (27) participantes
01/09/2022 – vinte e cinco (25) participantes
20/12/2022 – dezoito (18) participantes
Mostra de Trabalho da Supervisão Clínico-Institucional da RAPS
09/12/2021 – trinta e sete (37) participantes
16/12/2021 – cinquenta e quatro (54) participantes

Fonte: Elaborado pelas autoras.

A Mostra de Trabalhos da Supervisão Clínico-Institucional resultou em uma matéria escrita pela assessora de comunicação social da SRS Uberlândia, Lílian Cunha, que foi veiculada no site da SES-MG e da Escola de Saúde Pública (ESP-MG), dando visibilidade ao trabalho regional (Cunha, 2021).

O trabalho de acompanhamento evidenciava, a cada reunião, o empenho dos supervisores, o envolvimento dos coordenadores e os frutos que o trabalho trazia para a RAPS local e regional. A SCI consistia em um importante momento/espço de qualificação da Rede. A experiência assustadora da Pandemia de COVID-19 atravessou as experiências de SCI. Ocorreu uma desestruturação na assistência à

saúde e também houve necessidade de reorganização de processos de trabalho e de organização do apoio técnico aos profissionais que viviam situações emocionais e assistenciais jamais experimentadas na sua prática.

As reuniões ampliadas das RAPS, realizadas mensalmente em formato remoto (*on-line*), também contaram com a participação dos supervisores. Essas reuniões eram realizadas com profissionais dos CAPS, dos hospitais com leitos de Saúde Mental, da Atenção Primária à Saúde (APS) e com as RTs municipais das RAPS. Nelas produziam-se alinhamentos de fluxos e construía-se a Rede através de casos clínicos. Era discutida a clínica de cada caso, apontando caminhos para a melhoria dos Projetos Terapêuticos Singulares (PTS), compartilhados entre os CAPS, hospital e equipe de referência assistencial. Essa modalidade de reunião foi adaptada, durante o período da Pandemia de COVID-19, a partir das reuniões presenciais de matriciamento dos CAPS de referência microrregionais, que aconteciam mensalmente com as equipes dos municípios referenciados para estes serviços antes da decretação da pandemia.

Foi possível perceber a importância e as repercussões deste trabalho durante a realização das supervisões, tanto a partir dos relatos dos profissionais e supervisores nas reuniões formais da supervisão; quanto nos contatos informais com coordenadores e profissionais; ou em visitas técnicas realizadas nos serviços para avaliação, visando habilitação; ou de rotina, para monitoramento dos processos de trabalho do CAPS. De modo geral, os supervisores mostraram-se muito envolvidos, realizando as tarefas formais, implicando-se com o trabalho na prática, cumprindo com os compromissos assumidos e promovendo mudanças na história e na atenção nos CAPS.

Os relatos dos supervisores nas reuniões de acompanhamento e partilha, muitas vezes vibrantes, mostravam um pouco do que era realizado no dia a dia. Também diziam dos limites das apresentações e das palavras para comunicar a grandeza dos encontros com as equipes.

Observamos, por parte de alguns supervisores, dificuldades para cumprir o rito administrativo no que se referia à apresentação de relatórios para cumprimento de indicadores. Assim, foi necessário um trabalho de orientação e esclarecimento sobre os processos de gestão de recursos da SES-MG que, mesmo sendo burocráticos, são necessários dentro das diretrizes da atual gestão.

Para ilustrar um pouco da percepção dos coordenadores e supervisores envolvidos no trabalho, realizamos um levantamento de depoimentos sobre o processo de supervisão e acompanhamento da RT regional. A participação era voluntária e poderia dar-se de forma anônima. Este levantamento ocorreu entre os dias 26/04/2023 e 05/05/2023, mediante um formulário Google, elaborado para esse fim. Todos os depoentes autorizaram o uso de parte ou da totalidade dos seus relatos. A seguir, apresentamos algumas considerações dos participantes.

a. Percepção do processo de supervisão, do ponto de vista do supervisor, com destaque para os pontos positivos:

Supervisor/a 1: Do ponto de vista da minha própria formação na condição de técnica em saúde mental, foi uma experiência enriquecedora. Me colocar no lugar daquela que escuta atentamente o modo como os profissionais atuam frente aos impasses da clínica da saúde mental, me permitiu ter um olhar mais crítico, mas ao mesmo tempo, empático a essa prática, entendendo a complexidade dos processos que atravessam não só os serviços oferecidos aos usuários, bem como as relações que se interpõem ao dia a dia desse trabalho.

Supervisor/a 2: O Processo de supervisão foi rico em vários sentidos. Para mim, enquanto profissional da Raps me possibilitou revisar a história da saúde mental e repensar nosso modo de trabalho de forma mais intensa e criativa. Enquanto supervisora, pude experimentar caminhar com uma equipe de forma a buscar a superação de barreiras visíveis e invisíveis. Foi um movimento intenso e muitas vezes encontramos resistências. Algumas foram possíveis superar, outras ainda não. A luta antimanicomial realmente se dá em muitos aspectos: políticos, financeiros, éticos, pessoais e institucionais. Um ano de supervisão se mostrou eficaz e frutífero. Mas o trabalho

deve continuar. Desenvolvimento está intimamente ligado a investimento. Que possamos avançar cada dia mais

b. Aspectos a serem melhorados, do ponto de vista do supervisor:

Supervisor/a 3: O manicômio ainda persiste. Ele persiste no preconceito, na exclusão, no medo, na violência e na forma como ainda tratamos a loucura. E dentro dos serviços, por vezes, emprega um manejo em que se impõe sobre o desejo do outro, uma forma de cuidar do outro sem o outro. Que não o escuta e que se coloca em uma posição de mestre que visa não o escutar, mas por vezes medicá-lo, contê-lo, isolá-lo. Ainda temos muito que avançar para uma sociedade que respeite a singularidade, a diferença. E por isso continuar o processo de supervisão é importante para que se produzam novas práticas, na rede, que permita outras formas de lidar com a loucura, com o sofrimento humano

c. Melhorias percebidas no trabalho interno da equipe, do ponto de vista do supervisor:

Supervisor/a 1: A equipe ficou mais atenta à importância da escuta e da construção do caso clínico para o manejo técnico. As reuniões para discussão de caso entre os profissionais devem ser constantes e inclusivas, ou seja, todos aqueles que estão envolvidos no cuidado com o usuário devem participar dessas discussões. A equipe também se sensibilizou para a necessidade de espaços de formação permanente para que as discussões teóricas também possam contribuir com os manejos técnicos, e do trabalho com os casos compartilhados entre diferentes dispositivos de saúde e cuidado através do trabalho do matriciamento.

Supervisor/a 3: Na minha experiência pude perceber uma equipe mais autônoma e crítica, rompendo padrões de funcionamento cristalizados e produzindo cuidado de forma ampliada.

d. Melhorias percebidas na RAPS:

Supervisor/a 2: Foi um trabalho que mobilizou a rede. Foi possível perceber ações em diversos serviços, tais como: matriciamento, ações conjuntas com APS, Hospital, Desenvolvimento Social entre outros pontos da rede. Destaco a importância da realização da Conferência Municipal de Saúde Mental, que foi marco importante para responsabilizar setores e ampliar as discussões sobre o cuidado das pessoas em sofrimento psíquico.

e. Percepção sobre o acompanhamento da RT regional, durante o trabalho de supervisão:

Supervisor/a 1: Satisfatório, mas como entendo as trocas entre os supervisores muito rica para o trabalho, principalmente quando envolve diferentes realidades de rede, elas poderiam ter acontecido com mais frequência.

Supervisor/a 2: O acompanhamento da RT regional foi fundamental para ajudar na construção do trabalho, para motivar diante de momentos de dificuldade, como também orientar a direção de um trabalho compatível com o que foi preconizado. Importante, também, pois foi criado um espaço de troca de experiências de supervisões que nos acolhia e também enriquecia nossa prática.

Supervisor/a 3: O papel da RT regional foi fundamental para o processo de supervisão da região. Por ser uma proposta inédita neste formato, tínhamos muitas dúvidas e as reuniões periódicas permitiam interação e trocas de conhecimentos. Favoreceu a segurança e o desenvolvimento do nosso trabalho enquanto supervisores.

f. Percepção do processo de supervisão, do ponto de vista do coordenador da RAPS ou do CAPS, com destaque para os pontos positivos:

Coordenador/a 1: Muito bom. Houve mudanças na rede e no próprio trabalho (entre os profissionais do Caps I). Aproximação da rede e conhecimento do trabalho interno do Caps I (ressaltando a inclusão e o fato de o usuário ser da rede). As mudanças estão caminhando, mas existem.

Coordenador/a 2: Penso que a supervisão é momento de a equipe fazer uma viagem para dentro de si, repensar práticas e estabelecer objetivos que de fato promovam o cuidado interprofissional, voltado para o território e principalmente que vise uma superação do modelo manicomial a que às vezes a equipe retorna.

g. Aspectos a serem melhorados, do ponto de vista do supervisor:

Coordenador/a 1: Não é negativo, mas deve sempre ser reforçado: capacitação dos Agentes Comunitários em Saúde e dos Pronto Atendimentos.

Coordenador/a 2: Encontros envolvendo outros dispositivos da rede.

Coordenador/a 3: Aparte do planejamento inicial e o cumprimento da programação não foram possíveis em sua totalidade. Para as

próximas edições sugiro outro formato de planejamento e de avaliação das etapas.

h. Melhorias percebidas no trabalho interno da equipe, do ponto de vista do coordenador:

Coordenador/a 1: Crescimento no acolhimento, nas relações multiprofissionais na Roda de Conversa, na atividade física, nas Oficinas. Foi um crescimento maravilhoso.

Coordenador/a 3: Percebi que o impacto maior foi nas equipes. As pessoas ficaram mais abertas a repensar o processo de trabalho.

i. Melhorias percebidas na RAPS:

Coordenador/a 2: Na unidade CAPS X, foram realizados encontros pontuais com a atenção primária e, em discussões e articulações realizadas, percebi grandes avanços no cuidado compartilhado e ampliação do acesso para os pacientes e também familiares.

j. Percepção do coordenador sobre o acompanhamento da RT regional, durante o trabalho de supervisão:

Coordenador/a 1: Excelente. Sempre trocando ideias e experiências. São fundamentais essas reuniões.

Coordenador/a 2: Os encontros foram realizados de forma objetiva e muito ricos, agregando mais conhecimentos e trocas entre os envolvidos.

Coordenador/a 3: Indispensável.

3. Considerações finais

Observamos que a presença de um profissional qualificado com olhar clínico e de rede, possibilitada pelo Projeto de SCI em Minas Gerais, foi um grande suporte técnico para as equipes. Semanalmente, durante um ano, este profissional contribuiu para o trabalho interno das equipes dos CAPS e para estender os braços nas RAS, analisando conflitos e favorecendo movimentos de construção e ampliação, promovendo estudos de temas fundantes do cuidado, diversas vezes complexos. Pode-se afirmar que a SCI proporcionou o fortalecimento das RAPS municipais e regionais nas microrregiões de saúde acompanhadas pela SRS de Uberlândia.

Os relatos dos supervisores e coordenadores, apresentados neste trabalho, mostram a grandeza e a profundidade do processo, que teve como propósito interferir na realidade assistencial, desestabilizando práticas arraigadas e possibilitando a construção de novos saberes e também de novas práticas.

Durante os 30 meses de acompanhamento desse trabalho, percebeu-se a necessidade de maior proximidade da DSMAD/SES-MG com as RT's regionais para possibilitar o alinhamento de práticas, a troca de experiências e o suporte para dúvidas advindas dos profissionais supervisores, coordenadores e gestores municipais de Saúde. As dificuldades iniciais encontradas na orientação dos gestores municipais e os detalhes do processo administrativo da execução do recurso foram superados pela percepção do impacto da SCI no cuidado em saúde mental nos serviços, nas redes e nos territórios.

Agradecimentos

Agradecimento aos supervisores e às coordenadoras da RAPS e dos CAPS, que possibilitaram estas reflexões na proximidade com o trabalho, em especial a Adriana Ramos, Carolina Santana, Karine Ferreira, Maria José Fonseca (Zezinha) e Michele Ferreira, as quais gentilmente participaram deste trabalho, disponibilizando seus depoimentos.

REFERÊNCIAS

BRASIL. Ministério da Saúde do Brasil. **Portaria nº 1.174, 07 de julho de 2005**. Destina incentivo financeiro emergencial para o Programa de Qualificação dos Centros de Atenção Psicossocial - CAPS e dá outras providências. Sistema de Legislação da Saúde. Brasília, ano 2005, 7 jul. 2005. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2005/prt1174_07_07_2005_comp.html. Acesso em: 8 mai. 2023.

CUNHA, Lílian. URS-Uberlândia promove mostra de supervisão em Saúde Mental. In: ESP-MG. **Escola de Saúde Pública do Estado de Minas Gerais**. Belo Horizonte, 20 dez. 2021. Disponível em: <http://esp.mg.gov.br/biblio/story/2309-urs-uberlandia-promove-mostra-de-supervisao-em-saude-mental>. Acesso em: 8 mai. 2023.

DELGADO, Pedro Gabriel. Supervisão clínico-institucional: conceito e história. In: FILHO, Augusto Nunes (org.). **Supervisão em saúde mental**. Belo Horizonte: ESP-MG, 2013, p. 18-27

FILHO, Augusto Nunes (org.). **Supervisão em saúde mental**. Belo Horizonte: ESP-MG, 2013.

MINAS GERAIS. Secretaria de Estado de Saúde. **Nota Informativa e orientadora aos gestores municipais e coordenadores da Rede de Atenção Psicossocial - nº 02/CAS/SRS Uberlândia**, de 04 de setembro de 2020, no prelo.

MINAS GERAIS. Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais. **Resolução nº 7.168, 20 de julho de 2020**. Estabelece as regras de adesão, execução, [...] nos Centros de Atenção Psicossocial da Rede de Atenção Psicossocial do Estado de Minas Gerais. Belo Horizonte, ano 2020, 20 jul. 2020. Disponível em: https://www.saude.mg.gov.br/index.php?option=com_gmg&controller=document&id=21605-resolucao-ses-mg-n-7-168-de-20-de-julho-de-2020. Acesso em: 8 mai. 2023.

MINAS GERAIS. Escola de Saúde Pública. **Supervisão clínico-institucional e suas contribuições para o fortalecimento da RAPS de Minas**. Belo Horizonte, ESP-MG, 2021. 3 vídeos (6h). Publicado pelo Canal da Escola de Saúde Pública do Estado de Minas Gerais. Disponível em: https://youtube.com/playlist?list=PLNob2nckGjtfVZ8sWGO6WWIjLFoni3Q_M. Acesso em: 8 mai. 2023.





DE MAGIA, DE DANÇA E PÉS:

Arte, Cultura e Cidadania
na produção de cuidado

SEÇÃO 2





O título da seção 2 foi inspirado na música “De magia, de dança e pés” de Milton Nascimento. A música compõe o disco *Caçador de Mim*, lançado em 1981, pela Gravadora Ariola/ Polygram.



As fotos utilizadas na abertura desta seção foram cedidas por: Adriana Mojica Veras Massanti Ponzo, Jamile Alves Pereira, Jarbas Vieira de Oliveira e Patricia Fernanda de Melo.

Merlot de valise e cuia: reflexões sobre a Arte da Palhaça e o cuidado em Saúde Mental

Patricia Fernanda de Melo

Alessandra Rios de Faria

1. Lá na cochia! Os bastidores: inspirações para a vida, a arte do cuidado em liberdade

É assim que essa história começa, de onde outra história termina! De trás para a frente, mas sempre seguindo em frente. Esse texto é sobre arte, a arte de uma palhaça-psicóloga, a arte do cuidado.

Era outubro de 2016 e próximo do Dia das Crianças. Após a visita na ala da pediatria, a trupe de cantores e a palhaça resolveram de ímpeto passar em outro hospital onde estava internada a vovó Matriarca. O pessoal da recepção achou estranho, ainda que não fosse a regra da visita, deixou a trupe toda entrar. Ela, Nely, também achou estranho, mas acolhedora e simpática recebeu a todos com sua amorosa alegria de sempre, ainda que bastante debilitada em sua saúde. Gostava de contar “causos” e a todos fazia rir quando contava repetidas vezes. Das piores tragédias e dificuldades de sua vida, cuidou e alimentou os sete filhos sozinha, com a força de seu trabalho, como cozinheira, quitandeira, doceira, faxineira. Da sua forma, com seu manejo, cuidou da filha esquizofrênica e mesmo em suas piores crises, não permitiu a internação no manicômio. Cuidou de outras filhas e netas com transtornos mentais. Uma mulher forte, generosa, impetuosa, intensa, solícita e prestativa. Não negava um pedido de ajuda, quantos agregados, foram muitos! Muitas vezes nomeada como louca, doida! A matriarca da família, minha linhagem, ancestralidade. Vovó Nely! A palhaça sem máscara que tanto me inspira, sempre presente! Naquele dia, cantamos as músicas preferidas dela. E brincamos muito, piadas

espontâneas, emoções intensas, palhaçada. Palmas para honrar a vida dela, seus gestos! O jeito dela! Algumas características dela que permanecem em nós! Apenas no final da visita, quando cheguei mais perto para me despedir, ela então me reconheceu: é a Patricia! Foi um suspiro! Ela me viu! Dizem que para ser palhaça é preciso reconhecimento! Aquele foi o nosso último e feliz encontro, no silêncio de um abraço, um olhar! Vovó! Eu sempre te encontro na alegria (in) finita. Patricia viu-se Merlot!

A escrita que segue se baseia em minhas experiências e atuação como palhaça e psicóloga no campo da saúde mental. A atuação clínica e reflexões sobre o cuidado em saúde, saúde coletiva, atenção psicossocial, arte da palhaçaria, movimentaram o desejo de compreender melhor a relação entre essas temáticas.

2. Respeitável público! Uma breve apresentação: *esquiuzmi*, quem é a Merlot?

Entra, então, em cena, no campo da saúde mental, a palhaça Merlot. Merlot é uma palhaça *clownesca*. Outrora, Merlot já foi Caspinha, usava tons preto e branco, era realmente um triz, mas cresceu um pouquinho, não no tamanho, mas em experiências. Rodada, aventurou-se por aí e cursou *besterologia*. Viajou bastante, na maionese, como dizem por aí, interagiu com os vinhos e descobriu novos sabores e uma máxima de vida: vinho bom não dá dor de cabeça (igual homem)! Depois de lutos, separações e recomeços, quando a vida nos assombrava por um inimigo invisível, foi na quarentena, que durou muito mais que 40 dias, em meio ao caos, próxima de completar 40 anos de idade, que a Caspinha ressurgiu Merlot. Agora usa tons de azul e bonina, seu nome foi inspirado em *Brigitte Bardot* e na uva do vinho Merlot. A palhaça que entra à francesa é mulher, mãe solo, veio das pisaduras da vida, porque quanto mais envelhecido o vinho, melhor o sabor! Merlot é magricela, tem a boca grande, sorriso farto, maquiagem leve, nariz vermelho. É elegante, porém nem tanto, talvez sexy sem ser vulgar.

É delicada, meiga. É desengonçada, desajeitada, estranha, quase uma estrangeira. Anseia por aprender a falar corretamente o português, ou seria francês, ou quem sabe o *mineirês*, em qualquer língua que ela inventa, ela só quer se comunicar.

Foi no cenário do Centro de Convivência, realizando cortejo da Luta Antimanicomial do 18 de maio, que a Merlot apareceu pela primeira vez. Permaneceu nas oficinas terapêuticas de Karaokê, nomeadas de cantoria. Com o eco de sua microfonia, tornou-se mestre de cerimônias nos eventos da Rede de Atenção Psicossocial, fóruns, seminários realizados no município. Geralmente nas ações coletivas e eventos da saúde é a Merlot quem participa e não mais a psicóloga. Ainda na Pandemia, em 2021, nas ações anuais da Luta Antimanicomial, participei da organização e criação coletiva do SUS-pira, uma trupe de trabalhadores da atenção básica que saiu em cortejo cantando, realizando performances artísticas, distribuindo suspiros para os profissionais e usuários nas unidades de saúde no município. Em 2022, o cortejo transformou-se em uma ação no Parque Ecológico Eldorado/Contagem, nomeada como SarArte, um sarau de arte para todos. O sarau contava com apresentações de diferentes manifestações artísticas: poesia, desenho, música, performances teatrais de profissionais, usuários, escolas e comunidade em geral. Merlot era a mestre de cerimônias, carregando seu submarino amarelo *beatlemaníaco* que cabia todo mundo.

Em 2022, após a liberação do confinamento pós-pandemia, Merlot retomou as atividades de grupo na Saúde Mental em grande estilo: na exposição de arte do Centro Cultural Banco do Brasil (CCBB) – Nise da Silveira. Apesar da minha saída, no início de 2023, o grupo permanece em atividades semanais. Os Magnólias do Parque São José¹ continuam ocupando vários espaços, desde a unidade básica de saúde a aulas

¹ Atividade coletiva que acontece na unidade de saúde com encontros semanais, o nome foi escolhido pelos participantes do grupo.

de hidroginástica no projeto social da comunidade. No grupo eu sou Merlot, quem canta desafinado enquanto todos trabalham, produzindo sua arte. Compartilho não só risadas, mas também inquietações, transferências, provocações.

3. Luz, claquete e ação! Encontrando cenas de palhaçaria e cuidado na valise da Merlot: reflexões

Seguindo com as reflexões sobre a arte da palhaçaria e o cuidado em saúde mental, apresento a seguir algumas cenas, alguns casos de meu cotidiano de trabalho.

3.1 Cena 01

Eu vejo essa foto do Grupo Magnólias do Parque São José¹, no Lar de Idosos, entregando flores artesanais feitas de papel e caixa de ovo... eu me emociono! O Geraldo com uma camisa social branca! Limpinhaaaaa! O Geraldo é um participante do grupo, um dos primeiros. Gosta de tocar violão. Ele vive andando... perambulando! Tem um cachorro que chama Marginal! Ele vai no grupo toda segunda-feira para tomar o chá, mesmo chegando atrasado e às vezes com a higiene precária. Toca violão e canta! Gosta de sertanejo e pagode. Às vezes é necessário dar um limite nas “cantadas” de Geraldo, coisas que a Merlot sabe fazer com graça e leveza.

A Heloísa é um caso grave, todos dizem! Ela tem tantas cicatrizes! Agressiva! Impulsiva! Ela queria mais, mais, mais remédio. Mas, desde que começou a ir ao grupo... todos notaram! Como ela mudou! “Estou melhorando... me segurando!”, ela disse! Foi ela quem ensinou a fazer as flores de caixa de ovo! Tão lindas! Passou o fim de semana fazendo flores junto com a irmã para levar para o grupo. Não teve briga, conflito, choro. Teve flor, muitas flores!

Um dia, durante o encontro do grupo em que nos preparávamos para o evento no Lar de Idosos, em que entregaríamos as flores, diante da impossibilidade de Heloísa participar do evento, ela escutou: “Ah não, se a Heloísa não for eu não vou...”, eu disse! Ela gargalhava...

se dobrava de rir... e cada um foi dizendo isso para ela. Percebi o movimento do grupo e provoquei: ela não poderia ir em outra data porque tinha consulta médica no posto de saúde! Logo ela que tanto se dedicou para fazer as flores, ensinou o grupo a fazer! Após dizer primeiro “Ah, se a Heloísa não for, a Merlot não vai!”, eu perguntava “e você? você vai se Heloísa não for?”. “Eu não... só vou se a Heloísa for!”. Estávamos em roda... gente! Como essa simples frase engrandeceu Heloísa... ela só ria! Gargalhadas, balançava o corpo para frente e para trás! E se emocionou! Reconhecimento, pertencimento...

3.2 Cena 02

A palhaça do grupo. Lembro o primeiro encontro do grupo, uma visitação à exposição da Nise no Centro Cultural do Banco do Brasil (CCBB/BH) em uma Kombi! Saímos de Contagem, cantando na Kombi do Sr. Mauricio. E nós temos fotos na Praça da Liberdade, lugar onde muitos nunca tinham ido. Veio o 18 de maio, produção de uma apresentação de música e poesia para o sarau de arte, já mencionado anteriormente, evento da Rede de Atenção Psicossocial do município. Depois aconteceu a Festa Junina, com bingo, dança, comida gostosa! Doações, brindes e a comunidade participando. E então um evento para fora: a visitação no Lar de Idosos. Intervenção e performance “Vejo Flores em você!”. Distribuindo flores e cantando para os idosos. Sentando-se juntos, conversando com alguns deles. Um integrante perguntou se poderia orar pelos idosos. E do lugar de quem recebe cuidado, passou a ser cuidador. Dali, o grupo caminhou para outros lugares. Na ONG da comunidade, foram convidados para fazer hidroginástica juntos! Eles adoraram a possibilidade! Muitos nunca entraram na piscina! A Merlot foi convidada para fazer aula junto com eles... já imaginamos as cenas! E não pararam mais.

O grupo sempre participa dos eventos da rede de saúde mental. O último evento que participamos juntos foi uma apresentação no seminário, entregando flores feitas de caixas de ovos, Magnólias do Parque São José¹. Um grupo que não tinha nada! Era apenas o

espaço... uma sala com cadeiras vazias! Assim como o palco do teatro, inicialmente vazio, limpo! De onde emergem o texto, o cenário, o figurino. Luz, câmera e ação! Tudo eles criaram... Eles disseram: “vamos fazer uma festa?” – “Vamos”. Eu quero te ensinar a dançar hip hop! – “Uau”! Eu sei fazer flores... – “Ah, me ensina”! Esse aqui é o Marginal, mascote do grupo, um cachorro que sempre acompanha o Geraldo. Os participantes do grupo colocam água para ele beber em forma de cuidado e afeto.

3.3 Cena 03

A palhaça da espontaneidade. Hoje, durante um atendimento, a paciente entrou cabisbaixa e triste no consultório. “Não ‘tô’ boa não... estou toda ‘pitombada’ das ideias”! No intervalo entre os atendimentos, eu estava fazendo flores. Mostrei a ela porque sei que ela adora artesanato e faltou no grupo durante a semana. Ela topou! Fizemos flores juntas... Entre uma conversa e outra sobre botões de flor, quando se percebeu rindo, ela disse: “Patrícia você é terrível”! Taquei-lhe a música de Roberto Carlos no celular! Comecei a cantar: “eu sou terrível, não vou parar”! Ela cantou também. Floriu para mim! Ela já me disse outra vez que, mesmo triste, ela se pega rindo das nossas conversas voltando para casa. Isso tem tornado mais leve as próprias tragédias e dramas. Não queria ir embora... atrasou alguns minutinhos dos meus próximos atendimentos, mas eu não liguei muito! Tempo de qualidade! O tempo do sujeito! A outra que aguardava lá fora já estava ansiosa... pediu logo para entrar. Disparou a falar! E com essa tive que fazer um exercício de respirar...

3.4 Cena 04

A palhaça da delicadeza. Essa cena é sobre a delicadeza no cuidado em saúde. Era o Dia das Crianças na ala da pediatria do hospital. A palhaça acompanhava os músicos, violão, escaleta, flauta. A meninada, ainda que debilitada, cantarolava pelos corredores... a risada corria solta entre uma gracinha e outra, num cortejo até chegar no salão,

onde aconteceram várias brincadeiras e muita diversão das famílias e suas crianças! Porém, alguns quartos permaneciam de portas fechadas. “São os quadros e casos mais graves, contagiosos, estão isolados”! Então, a palhaça foi convidada a bater na porta dos quartos para dar um singelo... olá!

Com sua maquiagem delicada, jaleco branco, sua valise na mão, carregava apenas algumas florzinhas minúsculas de plástico e o coração aberto! Bati naquela porta com delicadeza, a princípio ninguém sabe o que vamos encontrar. Quem abriu foi o pai que nos convida a olhar para dentro do quarto e encontrar a mãe ao lado de uma caixa de vidro, a incubadora, com um bebê tão pequeno! Tão pequenininho e apertado, como parecia o coração daquela mãe. O quarto era imenso, mas certamente não caberia muita gente. Então, ficamos apenas bem perto da porta e sentimos de começar a tocar um som bem baixinho, respirando e solfejando enquanto entrávamos no quarto, bem devagar! Com passos pequenos, improvisados, caminhamos rumo ao silêncio ensurdecedor e aos poucos o olhar daquela mãe, atento aos sinais vitais do *pequetito*, foi se desviando para a música. Inesperadamente começamos a cantar: “Alecrim, alecrim dourado que nasceu no campo e não foi semeado! Foi meu amor, que me disse assim que a flor do campo é o alecrim”! Consegui me aproximar um pouco mais daquela mãe e apenas com o olhar nos tocamos, nos falamos... nos encontramos. Foi o encontro mais delicado que pude vivenciar e talvez o mais intenso! Ao som de “Alecrim dourado, alecrim delicado” o silêncio quebrou-se, quebrantou o coração! O acolhimento tomou conta de cada canto. Aquele bebezinho se mexeu, sugerindo que gostou do tom, enquanto lutava pela vida. Foi então que o pai abraçou a mãe com lágrimas nos olhos... era hora de irmos! Saímos daquele quarto ainda mais desprentensiosos e invisíveis que entramos... estávamos flutuantes e mais leves, ainda em silêncio abençoamos aquela família e o Alecrim.

Que cenas! Que palhaçada! Essas cenas descritas aqui aconteceram apenas uma vez, foram encontros singulares que não se repetem,

assim como as cenas da vida cotidiana, tudo vira memórias. Momentos históricos extraídos da minha experiência pessoal, bagagem que a Merlot carrega em sua valise por onde for.

Para realizar este trabalho, partimos de uma crença: o cuidado em saúde mental só é possível em liberdade. Acontece fora dos fluxos, quando se cria conexão com alguém. O cuidado humanizado acontece quando se disponibiliza para de fato encontrar a pessoa, o sujeito que está ali diante de ti. Para além da demanda, das necessidades. O sujeito precisa e deseja ser visto em sua realidade. Muitas vezes, durante os atendimentos convencionais ele sabe dizer mais de seus sintomas, as medicações das quais faz uso, mas pouco diz sobre sua vida, seu dia a dia, sua rotina. Alguns estranham a pergunta simples: qual a sua história de vida? Acreditamos que palhaça pode acolher o sujeito de forma humanizada. Com sua pequena máscara (o nariz vermelho) servindo de espelho, cria permissões, amplia o não julgamento. Muitas vezes ao me encarar de fato, a pessoa diz: “Merlot, você é boba demais!”. Acredito que isso permite ao outro enxergar as suas próprias fragilidades, naquilo que todo mundo é quando não tem ninguém olhando, humanos apenas, sem diagnósticos prévios ou papéis sociais, todos, precisamos de cuidado.

Ajudando-nos a entender o lugar da palhaça, Robleño (2015) nos diz que a palhaça não é uma personagem, mas uma persona: “A essência do palhaço é a nossa própria essência, acentuada, tomando um formato artístico, cênico, que nos permite chegar ao outro de maneira verdadeira, patética e risível” (p. 49). Entretanto, não é apenas sobre fazer rir, mas encantar, emocionar, trocar, compartilhar. A magia do encontro pode acontecer em horas de gargalhadas, ou em frações de segundos nos silêncios ensurdecadores, cantando baixinho para não assustar o Alecrim. “Ser palhaço é afetar e ser afetado” (Robleño, 2015, p. 79).

Nas cenas cotidianas a palhaça apresenta-se para o jogo do encontro, “o jogo é a relação do palhaço com o mundo” (Robleño, 2015,

p. 77). O jogo é sempre motivado pela improvisação. Sem expectativas, sem ensaios, sem representações, sem papéis pré-definidos. Ninguém sabe o que vai ser, ninguém sabe o que virá. A palhaça está atenta, disponível, não procura nada, sempre encontra alguém.

Se a arte da palhaçaria é a arte dos encontros espontâneos, no contexto da saúde mental caminha rumo à humanização do cuidado e da atenção à saúde. Entendemos aqui saúde não enquanto um estado normativo de bem-estar físico-psíquico-social, mas como uma experiência singular e subjetiva em constante movimento e construção. Nas relações humanizadas de cuidado, segundo Ayres (2004), importa que a permeabilidade do técnico pelo não-técnico esteja em constante diálogo para possibilitar encontros autênticos e efetivamente terapêuticos.

O *Clown* é um estilo da palhaçaria que se utiliza de técnicas teatrais e circenses em sua performance e abordagem com o público. A palavra *Clown* é de origem inglesa, etimologicamente dos termos *colonus* e *clod*, cujo sentido seria homem rústico, do campo. No contexto circense, o *clown*, é o artista cômico que realiza cenas curtas e explora a excentricidade e tolice em suas ações (Bolognesi, 2003). O *Clown* define um estilo em que a liberdade e a improvisação são as características fundamentais de suas performances para abordar temas diversos relacionados à realidade e o cotidiano de vida das pessoas. Neste sentido, a palhaça, com recursos diferenciados de comunicação, pode possibilitar a expressão subjetiva de medos, dores, limitações, angústias. “O verdadeiro palhaço se insere em um rol social, como uma função milenar de recuperar no homem, a razão de sua origem, sua natureza e de seu destino, enfim, sua humanidade” (Robleño, 2015, p. 17).

No campo da saúde mental, a palhaça-psicóloga percebeu que o cuidado em saúde implica para além de encontros, relações. Então, falar de cuidado em saúde é falar de vida, modos de estar no mundo, a maneira singular como cada um de nós se apresenta nas relações dia após dia. Quando a palhaça veste um jaleco branco e traz em sua

maleta outros recursos terapêuticos que não exames, diagnósticos ou medicações busca romper com os paradigmas do modelo biomédico de cuidado, ampliando o ato de cuidar como algo pertencente a todos, uma relação dialógica de cuidado. No *setting* terapêutico, o palco da imaginação ou do absurdo. Geralmente o palhaço é desengonçado: erra, derruba, cai, inventa uma nova forma de fazer algo costumeiro. Ao sair do padrão e da norma, o palhaço convoca a loucura, o lúdico e encontra o riso. “O palhaço é o ato de contrapor opostos, causar o desequilíbrio, romper com o cotidiano, recriar a realidade, colocar as certezas em risco, denunciar o ridículo da condição humana, de provocar reflexão” (Robleño, 2015, p. 57).

A palhaça traz para a cena do cuidado recursos improváveis, improvisados na ação, na relação. No grupo, durante a atividade, nos momentos que se sentia mais agitada ou inquieta, tomada por seus “pensamentos ruins” e “de morte”, que sempre a deixaram muito “agressiva”, Heloísa chegava perto e me chamava para beber água. Aquele era nosso sinal: em alguns momentos ela parava o que estava produzindo e falava com a mão na cabeça “hora da água”. Não precisava falar muita coisa, a intervenção era caminhar com ela até o bebedouro, “enchia a boca de água gelada pra esfriar a cabeça”, depois retomávamos a atividade. Durante alguns dias, essa ação se repetiu por várias vezes. Nesses dias, coitada da Merlot, saía com a barriga até estufada de tanto beber água, se caísse no chão, certamente sairia rolando dali. Quanta água! (risadas)

Esse recurso foi co-construído com a Heloísa, que se sentia mais aliviada. Mas no grupo só funcionava para Heloísa. Na primeira vez, ela me convidou para beber água e me contou o que se passava com ela, depois isso virou um sinal entre nós. Entre nós, penso que desamarramos os nós das contenções físicas que ela vivenciou em momentos que ficava agressiva e agitada. Acredito que nas relações de cuidado, a palhaça coloca a doença entre parênteses, na liberdade

de interação utiliza-se de recursos humanos e improváveis como água gelada para esfriar a cabeça.

A loucura é uma experiência demasiadamente humana. Os momentos de sofrimento psíquico intenso, as crises, as agitações, os descontroles, serão pontuais durante toda uma vida humana, não são eternos, a vida muda o tempo todo. No cuidado, também o que nos vincula, o que nos conecta é o humano, porque para além do sofrimento existe uma vida, um sujeito, um modo de viver, um modo de ser no mundo, quem é que não precisa de água para sobreviver?

Isso só foi possível a partir da relação singular em co-construção. Não quer dizer que vai funcionar sempre, para todos, da mesma forma sempre. Receitas são para prescrições de medicamentos, para transformar realidades é necessário invenção. Para oferecer um cuidado humanizado, integral e inclusivo há de se permitir que as pessoas em sofrimento psíquico busquem ajuda quando avaliarem necessário, com liberdade e autonomia, que os diagnósticos não os condenem a um tratamento atrelado ao isolamento manicomial e cuidado tutelar.

O cuidado em saúde mental só faz sentido se estivermos tratando de sujeitos livres, assim como a Política Nacional de Humanização compreende a humanização como:

(...) efeito concreto de relações entre sujeitos e coletivos, cujos encontros, diferenças, paixões e desavenças os tornam mais potentes, mais sensíveis às necessidades uns dos outros e mais dispostos a novos encontros (Brasil, 2015, p. 9).

Segundo Yasui (2010), para mudar o modo de cuidar do sofrimento psíquico a principal diretriz é a liberdade, numa perspectiva basagliana, a liberdade não é resultado, mas a base da prática terapêutica. Derrubar os muros do manicômio e cuidar no cotidiano das relações sociais implica em convocar o humano e contribuir para transformar os modos de viver no território.

É um ousado projeto de um cuidado que se constrói a partir de criações produzidas em encontros que coproduzem sujeitos e

projetos de vida. Coprodução dos sujeitos só pode ser feita em liberdade regida pela ética da autonomia (Brasil, 2015, p. 18).

Muitas vezes dos sujeitos só escutamos suas queixas e sintomas, tão pouco consideramos sua capacidade inventiva e autônoma nos processos de cuidado e produção de saúde. Se o tratamento caminha para reproduzir pessoas tristes, silenciadas, contidas e robotizadas, no cotidiano do cuidado é preciso abrir espaços para a improvisação e criação, para o improvável e humano.

Anderson surpreendeu a todos com uma torta de frango feita por ele junto com sua mãe, Flávia, que também participa do grupo. Anderson, que é gigante não só no tamanho, mas também na gentileza, já compartilhou que com o uso da medicação, por vezes tem dificuldades para falar: estou lento, ele disse. A palhaça quase não acredita quando assiste Anderson cantando no karaokê. As músicas preferidas são de Renato Russo e Legião Urbana, as quais ficaram perfeitas para o ritmo e o tom que ele escolheu cantar. Todos aplaudem e vibram com ele. Além de cantar, Anderson sabe cozinhar e declamou uma receita de palha italiana para o grupo. Adaiton é padeiro, mas teve problemas com a justiça em sua última crise. Ficou acautelado por um tempo, mas atualmente mora com a mãe, em liberdade. Enquanto todos comentavam e deliciavam-se com a torta de frango, a mãe foi a primeira a lembrar: “ele trabalhou muitos anos como padeiro”, a primeira a elogiar! No grupo, estamos ajudando a mãe a se reaproximar de Anderson.

O cuidado humanizado em saúde mental deve ser pautado na atenção e valorização do indivíduo, suas singularidades, questões pessoais, sociais e emocionais. Dessa forma o cuidado passa a ser parte do cotidiano, da vida do sujeito. Segundo Goulart (2010), o ato de cuidar vai além de procedimentos técnicos, engloba envolvimento e compromisso com o outro, tornando-se uma ação humanizada.

O que fazemos na atenção psicossocial é mudar o foco da doença para as potencialidades do sujeito, para a saúde das relações. Nas

relações de cuidado em saúde mental, a palhaça possibilitou encontros alegres, espontâneos e afetos. Aprendi que a palhaçaria é a alegria capaz de potencializar nossa capacidade de agir e ser, afetar e ser afetada (Bruhn, 2021). A palhaça, através da arte, apresenta-se como potencial cuidador.

Baseada em sua inventividade e na arte do improviso, com o diagnóstico na gaveta, o cuidado acontece na interação: para a palhaça interessa mais o olho no olho, o vínculo, ouvir mais da vida, cantar uma música, declamar uma poesia ou tomar um café no consultório; anotar receitas de bolo, contar causos, acolher a pessoa. “O palhaço acolhe a vida como ela é, em toda a extensão de sua miséria e com toda a ficção que ela comporta” (Dunker; Thebas, 2021, p. 32). Dessa forma, ao ser quem ele é, inimaginável e fora do padrão, o palhaço se torna disponível para as relações sem qualquer julgamento ou concepções morais, ideológicas, abre espaço para expressão livre da subjetividade, como um espelho das fragilidades e potencialidades, a partir de sua humanidade. Diante das mazelas da vida, os imprevistos, as intempéries, o ridículo, a palhaça sugere a arte do improviso e continua investindo nas relações imperfeitas.

4. Considerações (in)finitas

Neste trabalho-texto, compartilhei minha trajetória como palhaça e psicóloga, bem como algumas intervenções, ações que desenvolvo no campo da saúde mental no SUS-Contagem. Tentei demonstrar aspectos do cuidado em saúde mental a partir dos referenciais da Luta Antimanicomial e da Reforma Psiquiátrica, como liberdade, autonomia e singularidade. Tentei apresentar também características da arte da palhaçaria como o improviso, a humanidade, a presença e o encontro que, a meu ver, tanto se relacionam com a prática do cuidado em liberdade na perspectiva da atenção psicossocial. Na luta contra os estigmas, o silenciamento, a exclusão e o não-cuidado à pessoa em sofrimento mental, a palhaça estabelece novas relações com a loucura, com o cuidado em saúde mental. Em sua essência, a palhaça é esquisita,

fora do padrão, acolhe a diversidade humana, rompe com preconceitos. A palhaça inclui na relação de cuidado, provoca o questionamento e dá voz ao que é subjetivo, espontâneo e autêntico.

Para além do direito ao acesso à saúde e à liberdade, no cuidado em saúde mental, a palhaça veio acrescentar o direito à surpresa e à delicadeza. A palhaça ensina-me que o trabalho pode ser mais alegre. Quem nunca escutou que rir é o melhor remédio? Nas relações, rir nos humaniza e nos conecta como seres humanos. Rir é um ato de resistência, existência diante da crise, da tragédia, do caos. Quando rimos deixamos escapar os excessos, instantes de descontrole, para fugir à regra da normalização. Mas a alegria linear e a estabilidade permanente que tanto buscam não existem, somos apenas instantes. Rir e chorar fazem parte da vida, da condição humana, da humanidade que nos habita. Somos humanos, frágeis, finitos. Há tempo para tudo! Até aqui foi um longo caminho, bons encontros! Sigamos! Para mim, rir é melhor que remédio.

REFERÊNCIAS

- AYRES, J. R. C. M.. O cuidado os modos de ser (do) humano e as práticas de saúde. *Saúde Soc.*, São Paulo, v. 13, n.3, p. 16-29, dez. 2004.
- BOLOGNESI, M. F. **Palhaços**. São Paulo: Editora Unesp, 2003.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Caderno Humaniza SUS: Saúde Mental**. Vol. 5. Brasília: Ministério da Saúde, 2015.
- BRUHN, M. M.. Cartografia da Alegria: encontros entre palhaçaria e psicodrama. *Revista Brasileira de Psicodrama*, v. 29, n. 3, p. 205–213, set. 2021.
- DUNKER, C.; THEBAS, C.. **O palhaço e o psicanalista: Como escutar os outros pode transformar vidas**. Paidós: 2021
- GOULART, B. N. G. DE .; CHIARI, B. M.. Humanização das práticas do profissional de saúde: contribuições para reflexão. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 15, n. 1, p. 255–268, jan. 2010.
- ROBLEÑO, R.. **Viralata: o palhaço tá solto**. Belo Horizonte: Editora Gulliver, 2015.
- YASUI, S. **Rupturas e encontros: desafios da reforma psiquiátrica brasileira [on-line]**. Coleção Loucura & Civilização. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2010.

SUS-tentar afetos e cabimentos: a oficina de hortaliças como possibilidade de cuidado¹

Fabrícia Cristine Freitas

Ana Regina Machado

Introdução

As oficinas terapêuticas constituem-se como uma das formas de cuidado ofertadas nos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) e nos demais serviços que compõem a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS). Como prática de reabilitação psicossocial, tem como um de seus desafios promover novas formas de existir, conviver e de produzir sentidos na vida dos usuários que delas participam.

O presente artigo pretende apresentar a experiência de uma Oficina do CAPS II em Sete Lagoas, no estado de Minas Gerais, construída a partir do retorno de um antigo usuário ao serviço durante a pandemia da COVID 19. Este usuário, embora precisasse do serviço na ocasião, não se beneficiava das ofertas do CAPS II naquele momento, restritas aos atendimentos individuais em consultórios. A necessidade de reconstrução de vínculos e laços sociais exigiu estratégias diferenciadas de cuidado. A Oficina se apresentou, então, com uma possibilidade de cuidado e foi construída com a contribuição fundamental deste usuário.

A partir desta constatação e buscando compreender melhor as questões que envolvem o cuidado em saúde mental e as práticas desempenhadas no âmbito dos serviços substitutivos coerentes com os pressupostos da Reforma Psiquiátrica, apresentamos nossas reflexões sobre a experiência da Oficina de Hortaliças do CAPS II de Sete Lagoas,

¹ Parte integrante do trabalho de conclusão de curso apresentado à Escola de Saúde Pública do Estado de Minas Gerais, como requisito parcial para obtenção do título de Especialista em Políticas Públicas de Saúde Mental e Atenção Psicossocial.

nomeada pelos usuários como SUS-Tentar. Privilegiaremos em nosso relato o processo de construção da Oficina no CAPS II, as repercussões da Oficina na vida do usuário que aqui nomearemos de Chico e os aprendizados e os desafios identificados na Oficina para o cuidado em Saúde Mental. Antes, porém, apresentaremos algumas aproximações entre oficinas, reabilitação psicossocial e Reforma Psiquiátrica Brasileira.

Oficinas, Reabilitação Psicossocial e Reforma Psiquiátrica Brasileira

As oficinas terapêuticas são espaços de cuidado da Política de Saúde Mental, fundamentada na Reforma Psiquiátrica Brasileira. Pretendem contribuir para a reinserção social, a promoção de vida e a autonomia das pessoas com sofrimento mental.

A Reforma Psiquiátrica Brasileira, efetivada por meio da Lei 10.216 de 2001, produziu mudanças nas relações da sociedade com a loucura e com o louco, bem como favoreceu a implantação de redes de cuidado e tratamento em liberdade e com dignidade (Brasil, 2004). O compromisso destas redes é com os sujeitos, com a subjetividade e com a vida. Espera-se que nestas redes sejam desenvolvidas práticas “[...] voltadas para o cuidado, para o acolhimento, para a construção de espaços de escuta, de sociabilidade, de produção de subjetividade, de vida, e não de controle e vigilância, e não de punição e segregação” (Amarante, 2011, p. 5).

As oficinas terapêuticas podem favorecer a reinserção social de pessoas em sofrimento psíquico e a reabilitação psicossocial, entendida por Saraceno (2001) como um processo de (re)construção do papel social, de exercício pleno de cidadania e de produção de relações nos três grandes eixos da vida: *habitat*, rede social e trabalho. Kinoshita (1996) complementa dizendo que reabilitar é reconstruir estas relações por meio do aumento do poder contratual dos usuários, criando “as condições de possibilidades para que um paciente possa, de alguma

maneira participar do processo de trocas sociais” (p. 56). Desta forma, propor a reabilitação psicossocial de pessoas em sofrimento mental é um exercício de reparação do poder contratual do usuário através da ampliação de sua autonomia. Kinoshita (1996) concorda com Saraceno (2001) quando afirma que a contratualidade do usuário vai ser inicialmente possibilitada pelas relações estabelecidas com os próprios trabalhadores que o atendem, os quais podem “emprestar” seu poder contratual para aumentar o poder do usuário de realizar trocas sociais.

Na perspectiva apontada pelos autores, as práticas de saúde mental, inclusive as oficinas, devem superar a perspectiva do entretenimento. Para Saraceno (2001, p. 18), “[...] entreter para manter dentro pode ser manter dentro da hospitalização, dentro da cultura psiquiátrica” e não é isso que se espera do cuidado fundamentado na Reforma Psiquiátrica. Um cuidado que vem se configurando como novas possibilidades de tratamento e como novas formas de vida para as pessoas com sofrimento/adoecimento mental.

Lobosque (2007), ao definir a função dos CAPS, contribui para a compreensão das funções do cuidado em saúde mental. De acordo com a autora, cabe ao CAPS dar suporte para que os sujeitos possam refazer seus laços sociais. Laços estes desfeitos historicamente pelo asilamento e pelo isolamento produzidos na assistência psiquiátrica ao doente mental. Pitta (2001) contribui para compreender que o trabalho em saúde mental tem como finalidade a reabilitação dos usuários, exigindo dos trabalhadores um fazer que vá além da doença e do doente e que transpasse todos os aspectos de sua vida. Trata-se, portanto, de incluir no trabalho com a loucura as diversas formas de intervenções cotidianas, territoriais, artísticas e culturais, sempre valorizando e ampliando as possibilidades de vida.

Nesta perspectiva, as oficinas terapêuticas apresentam-se como mais uma estratégia de cuidado do CAPS que, somada a outras, colaboram para reabilitação psicossocial do sujeito. É fundamental, nestes serviços, proporcionar atividades coletivas que favoreçam

a convivência, a criatividade e a autonomia e que considerem a singularidades, o cotidiano e a vida de cada usuário. Nas palavras de Leal e Delgado (2007):

[...] as atividades que envolvem ações da vida cotidiana podem ser desenvolvidas pelo profissional que tiver interesse ou por aquele que, a partir do vínculo, estiver indicado para realizá-lo. Não faz sentido que tais atividades – tais como oficinas terapêuticas – tenham todas as mesmas regras de funcionamento. O propósito de qualquer uma delas deve ser promover um lugar onde o sujeito com transtorno mental grave possa, através da atividade, ter uma outra experiência de ligação com o mundo, diferente em qualidade daquela que vivencia. Esta experiência de conexão com o ambiente se deve contrapor à experiência de isolamento que muito frequentemente é relatada por eles como experiência de exclusão. (p. 148)

As oficinas terapêuticas podem ser espaços nos quais a interação com o material e com a atividade provoca emoções que posteriormente poderão promover conexões e transformações de vida e produzir sentidos para os usuários (Silveira, 1986). É sobre isso que falaremos no relato de experiência da Oficina SUS-Tentar.

A Oficina SUS-Tentar no CAPS II de Sete Lagoas

Desde o início dos anos 2000, quando o CAPS II funcionava, ainda que sem habilitação no Ministério da Saúde, já havia oferta de oficinas terapêuticas: argila, futebol, pintura em papel e tecido, bordado em vagonite e cinema. As oficinas eram, então, voltadas a entreter e ocupar o tempo dos pacientes de forma a não os deixar ociosos. Não se discutia a finalidade das oficinas propostas, podia-se, no entanto, perceber que algumas, como a de futebol e a de cinema possibilitavam a inserção dos usuários em diversos espaços da cidade. A oficina de cinema acontecia em parceria com um cinema no centro da cidade o “Cine Rivello”, hoje extinto. Todas as terças-feiras à noite, cada usuário podia levar um acompanhante ao cinema. A oficina de futebol era realizada por um psicólogo e um monitor e acontecia toda terça e quinta-feira em dois clubes da cidade que pertenciam à prefeitura (a

extinta Praça de Esportes e a Associação dos Servidores da Prefeitura). A importância dessas oficinas para a melhoria da qualidade de vida dos usuários não era percebida nem discutida pela equipe.

Em 2006, o CAPS II foi habilitado. De lá para cá já se vão dezessete anos de um serviço voltado ao acolhimento do sofrimento mental da população adulta de Sete Lagoas. Muitas mudanças aconteceram desde então. Muitos profissionais militantes da luta antimanicomial aposentaram-se, outros escolheram deixar o serviço, outros faleceram, novos profissionais chegaram com algum conhecimento sobre a Reforma Psiquiátrica, outros nem tanto. Mesmo diante das dificuldades que a Atenção Psicossocial e a Reforma Psiquiátrica sempre enfrentaram e ainda enfrentam, uma vez que é uma política em construção e em disputa, há ainda uma disponibilidade para construção de novas possibilidades de cuidado. Há também uma orientação para a produção de procedimentos no sentido burocrático e financeiro. Alguns trabalhadores, mas nem todos, reconhecem a importância de ações de Reabilitação Psicossocial. Há um predomínio de oferta de atendimentos individuais e medicamentosos. Há condutas médico-centradas. Há dificuldades para a inclusão de novos saberes e práticas capazes de acolher as diversidades expressas pelos usuários.

Em meados de 2020, o CAPS II precisou reduzir drasticamente a PD (Permanência-Dia) por causa da COVID-19. Foi neste período que um usuário em crise retorna ao serviço, após seis anos de estabilização. Diante da falta de ‘algo’ que fizesse laço como usuário e que possibilitasse a sua vinculação ao serviço, uma trabalhadora (uma das autoras deste trabalho), impulsionada pelo desafio de ofertar “esse algo”, passou a buscar estratégias que viabilizassem o cuidado. A oficina SUS-Tentar foi uma delas. Constituiu-se como um espaço importante que possibilitou descortinar o usuário invisibilizado pelos diagnósticos e estigmas e reinventar outras formas de enunciar a vida.

O usuário será chamado de “Chico”, em homenagem à São Francisco de Assis, santo de sua devoção, mesmo sendo evangélico.

Chico tem aproximadamente 55 anos, nasceu em um município próximo à Sete Lagoas (IBGE, 2022). Estudou até à sexta série, é o quarto de cinco irmãos. Morou na roça até a adolescência, onde ajudava o pai “na lida” plantando arroz, feijão, milho, cana e cuidando das criações. Os irmãos mais velhos mudaram-se para Sete Lagoas para estudar enquanto Chico e o caçula ficaram na roça para ajudar os pais. Somente após a morte da mãe, os dois irmãos mais novos mudaram-se para Sete Lagoas. Casou-se aos vinte e cinco anos e teve um filho. Alguns anos depois teve a primeira crise. Retorna ao CAPS cerca de cinco anos depois, quando a esposa se separa e vai embora com o filho para outra cidade. Apresentava fala desconexa, delírio místico religioso, errância, tentativa de autoextermínio. Chegou a ser internado por aproximadamente dois meses em um hospital psiquiátrico. Quando retorna, consegue um bom vínculo com um psicólogo e um monitor do CAPS, os quais na época faziam uma oficina de futebol na extinta Praça de Esportes (um clube recreativo) e outra de horta (que acontecia em um bairro afastado do Centro da cidade, cedido pela prefeitura para os moradores). Chico se torna o goleiro do time do CAPS e cuidador da horta.

Há 10 anos, aproximadamente, Chico retornou ao CAPS II, em nova crise de agitação, delírios de grandeza, permaneceu por oito meses no serviço. Durante a pandemia, apresentou um quadro de agitação e agressividade no Centro de Saúde de sua referência e foi levado pelo SAMU (Serviço Móvel de Urgência) ao CAPS. Chico estava abatido, sem se alimentar há alguns dias, persecutório com os irmãos, com fala desconexa, alteração no sono, alucinação auditiva, ideação de autoextermínio.

O período de retorno de Chico ao CAPS, como dito anteriormente, coincide com a diminuição da PD necessária no período de pandemia. Estávamos há poucos meses na nova sede e por um tempo Chico foi o nosso único usuário homem na PD. A chegada de Chico ao serviço causou um certo incômodo em alguns técnicos da equipe, que acreditavam

que as oficinas terapêuticas ofertadas não eram adequadas ao público masculino. As oficinas oferecidas eram de tapeçaria, bijuteria, pinturas em tecido, papel e EVA (Etil, Vinil e Acetato – placa emborrachada para artesanato), decoupage, tricô e crochê, desenho livre, cinema (DVD) e caminhada.

Chico interessou-se pelo desenho livre, escrevia e desenhava o tempo todo. Seus desenhos sempre faziam referência a sua vida na roça (casa, flores, milho, lagoa, pato, galinha entre outros elementos). Os desenhos apaziguavam-no por um período, desenhava de forma exagerada. No início eram rabiscos que foram se transformando em patinhos, em árvores, lagoas e depois em cartas para entes queridos e profissionais, falando de seu tratamento no CAPS.

Logo após a sua chegada ao CAPS, um fato chamou atenção. Uma trabalhadora estava desenvolvendo o projeto Cerejeira “Sakura”, apresentava a lenda e seus significados aos usuários. Após conhecerem a lenda, os usuários quiseram fazer uma árvore, colocaram em um galho seco flores brancas feitas de E.V.A em um balde com areia. Chico, ao ver a árvore, agitou-se, arrancou o galho e o colocou na piscina do CAPS aterrada com terra e brita. Alguns trabalhadores criticaram a atitude de Chico que havia estragado o vaso feito por outros usuários. Depois do acontecido, Chico afirmou que árvore não vive em vaso de areia, precisa de terra adubada, de água, parecia ter mais sensibilidade que muitos trabalhadores. Mesmo agitado, afirmava que morava na roça e que sabia o que estava fazendo, que adorava ajudar o pai a plantar. Depois deste episódio, Chico tem a ideia de fazer uma horta na piscina aterrada. A ideia foi levada adiante pela trabalhadora que o acompanhava, mas logo surge um impasse no CAPS. Parte dos trabalhadores não achava que Chico conseguiria fazer o manuseio adequado das ferramentas para construir a horta e os canteiros. Alguns diziam que Chico estava em crise e que podia ser perigoso mexer com enxada, enxadão, pá....

A trabalhadora que já o acompanhava e uma técnica de Enfermagem sustentaram com Chico a possibilidade de fazer a horta.

Foi ele quem direcionou o que fazer. Chico preparou a terra, retirou as pedras e britas, fez canteiros, conseguiu esterco para adubar a terra com o marido de outra usuária que frequenta o serviço e fez as primeiras mudas de alface, couve, salsa e cebolinha para depois transferi-las para os canteiros. Passou linhas por cima, segundo ele, uma armadilha para espantar passarinhos. Para Chico, a horta “...é feito a vida, umas verduras ‘encroam’, outras crescem lindas, dão frutos e depois morrem, é um mundo. Se a gente planta nasce coisa boa, mas tem coisa que a gente não planta e nasce – é coisa ruim”.

À medida em que Chico vai cuidando da terra, o cuidado consigo e com seus familiares vai melhorando e modificando também a forma com que a equipe o vê na “lida com a horta”. Chico vai aos poucos conseguindo estabelecer e reestabelecer laços e afetos antes rompidos e circular, aos poucos, em outros espaços da cidade (Cooperativa, Casa do Fazendeiro, horta comunitária) à procura de “coisas” para cuidar da horta do CAPS. Em uma das assembleias de usuários foi dito que a horta precisava de um nome, como as outras oficinas do CAPS. Dos nomes sugeridos para a horta, três foram colocados em votação: Horti-SUS, SUS TEM FEIRA e SUS-Tentar, vencendo o último. Segundo os usuários, o nome escolhido “é por causa da horta ser do SUS”, “porque sustenta e mata a fome”; “é tentar sempre e não desistir”. Chico fez dois pedidos relacionados à horta: para que não se venda o que for colhido – “... porque o SUS é de graça”; e para que não se deixe qualquer pessoa pegar verduras – “...porque tem gente de mão ruim e pode matar a horta, tem que pedir”. Da horta no CAPS, surge a ideia de Chico de fazer uma horta em sua casa. Ele chega a fazê-la, porém, não obteve sucesso porque em seu quintal não bate sol, diz isso entristecido e prossegue “...horta pra vingar tem que pegar sol, não pode ser muito, mas não pode não pegar, igual a gente que não pega sol, morre”.

Chico segue cuidando da horta, colhendo as verduras e distribuindo-as a quem pede. Olhando a lua, o tempo (...será que vai chover?) para definir se é uma boa estação para plantar milho, tomate,

chuchu... Continua a fazer as mudas e as transferir para os canteiros com o maior cuidado. A enxada já não é vista pela equipe com tanto medo. Chico adentra o CAPS com sua bicicleta e na garupa carrega a enxada, a pá e um rastelo, passa com seus instrumentos dentro da recepção e já não causa alvoroço. Levou seus irmãos para conhecer a horta “SUS-Tentar”. Sempre que os canteiros estão em ponto de colheita, pede para tirar uma foto dele na horta.

Os movimentos que se seguiram foram de tentarmos restituir seu poder contratual, de forma a aumentar sua autonomia. Solicitamos junto com ele um canteiro em uma horta comunitária próximo ao seu bairro para que ele continuasse a fazer novas conexões, a estabelecer novos laços e a circular pela cidade. A contratualidade de Chico foi ampliada pela relação estabelecida com trabalhadoras que se dispuseram a emprestar seu poder contratual a ele ou seja, “emprestar o prestígio, a delegação social, o saber reconhecido pela sociedade, para possibilitar relações e experiências renovadas” (Kinoshita, 1996, p. 59).

Qual é a arte da horta? A horta é terapia, a horta é terapêutica, a horta foi terapia e foi terapêutica para Chico a partir de um movimento feito por ele. Foi ele que nos ensinou o que o apaziguaria quando ofertávamos a ele alternativas para entretê-lo. Chico foi ativo na construção do seu Projeto Terapêutico Singular e a oficina só foi possível porque apostamos nela enquanto possibilidade de cuidado.

Desafios e Aprendizados de uma relação possível de Cuidado

A experiência da Oficina SUS-Tentar permitiu compreender na prática que o saber de quem cuida nada sabe sobre o outro. Há que se ter uma disposição para o encontro. Há que se promover a participação do usuário na produção do cuidado. A oficina possibilitou perceber a importância de valorizar a experiência do outro – neste caso, a do Chico –, o momento do outro e a fala do outro. Permitiu também compreender como é importante colocar-se ao lado de quem busca os serviços da RAPS, de apoiá-lo. Adentrar em outro mundo pode, além de

ajudar o outro, acessar conhecimentos importantes para a construção de experiências de cuidado em Saúde Mental.

Como muito bem descrito por Bertolote (2001, p. 157) “[...] ninguém sabe Reabilitação Psicossocial, ninguém sabe fazer Reabilitação Psicossocial, cada um de nós sabe um pedaço deste processo complexo e multifacetado”. Faz quem se dispõe a fazer. O fazer em Saúde Mental não pode ser solitário e esse foi um dos desafios encontrados no CAPS II, fazer junto e compartilhar cuidados. A reabilitação psicossocial se constrói em parcerias e as oficinas terapêuticas no CAPS também acontecem a partir de vários compartilhamentos. É preciso dividir as responsabilidades, discutir os casos que chegam e os que se vão. Há quem saiba da clínica, há quem saiba sobre medicação, há quem saiba de Psicologia, de Serviço Social, das leis e das artes, há “[...] quem entenda da vida (os usuários entendem da vida que lhes é própria melhor do que qualquer outra pessoa)” (Bertolote, 2001.p. 158).

A Oficina de horta fez-se a partir do acolhimento e da disponibilidade. Acolhemos e valorizamos o saber do usuário. Foi ele quem nos tirou de uma posição de saber sobre ele e nos convidou a fazer com ele. Permanecemos disponíveis para as construções que foram sendo feitas.

Sabemos que o cuidado diário aos usuários tanto no CAPS, quanto no território, não é uma tarefa fácil, principalmente no que se refere à construção de uma rede de cuidado e acolhimento. É preciso envolvimento dos trabalhadores, da família, da comunidade e do próprio usuário na produção desse cuidado que pode acontecer nas atividades das oficinas. As atividades podem também ser definidas a partir do interesse particular de um único sujeito, como aconteceu com o Chico. O importante é viabilizar atividades que sejam capazes de possibilitar a conexão do usuário com o CAPS e, a partir daí, com o território, com a cidade e quem sabe com o mundo.

A oficina da horta tem início com o Chico, que teve a ideia de fazer de uma piscina aterrada algo que desse um significado para sua estadia

no CAPS. Suas vivências na roça foram fundamentais para que isso ocorresse. Chico sai do lugar de ‘isolado’ e passa a fazer conexão não só com o CAPS, mas com outros espaços da cidade, tentando colocar-se enquanto sujeito social.

Quanto aos aprendizados, foram muitos. A Oficina permitiu perceber o quanto é preciso estar aberto ao novo para ofertar o cuidado em Saúde Mental. Por mais estranho e diferente que o outro possa parecer, para cuidar é preciso se preocupar com o outro, é preciso se deixar afetar pelo outro, é preciso ter disponibilidade para escutar o que os usuários têm a contar. É necessário vê-los e acolhê-los como humanos que são, como sujeitos e não como doentes. Há dor, embaraços e histórias que precisam ser escutados por alguém. É importante que os trabalhadores consigam transpor os muros internos e os dos serviços em que atuam e contribuir para que aqueles que necessitem chegar até lá encontrem um serviço de “porta aberta”, capaz de acolhê-los conforme suas necessidades e de possibilitar práticas transformadoras e produtoras de novos lugares sociais.

Considerações finais

A política pública de saúde mental, fundamentada na Reforma Psiquiátrica Brasileira, produziu avanços, redes, afetos e cabimentos para as pessoas com sofrimento/adoecimento mental. O relato da experiência de uma oficina em um CAPS II possibilitou a constatação de que há muito sendo feito e há muito o que se fazer no dia a dia dos serviços de saúde que compõem a RAPS.

É preciso que o usuário tenha a garantia de serviços efetivamente abertos, com práticas de saúde capazes de promover a inserção social e o reestabelecimento dos vínculos afetivos e sociais. Serviços onde caibam os usuários como são e como conseguem chegar, que promovam o acesso à cidade, aos direitos humanos e a uma qualidade de vida melhor.

A Reabilitação Psicossocial pode ser um orientador das práticas realizadas nestes serviços, já que propõe a criação de espaços de trocas sociais e não de controle social para as pessoas em sofrimento mental. As oficinas terapêuticas podem ser um destes espaços, podem sustentar práticas coletivas em que o fazer em grupo pode permitir que cada sujeito, à sua maneira, se organize. Não há receita do que fazer, nem de como fazer, é preciso fazer, “lidar”, promover encontros. Elas devem fazer caber a singularidade de cada caso, como ocorreu na Oficina SUS-Tentar, e devem possibilitar construções, convívio social e a circulação na cidade.

Entendemos a Oficina Terapêutica como lugar de construções que não cessam, como uma produção humana constante. Há, portanto, muito a ser feito para que se afirme como uma possibilidade de cuidado em liberdade. Na experiência relatada, uma das grandes dificuldades encontradas na Oficina foi a promoção de inserção do usuário em outros espaços na cidade, para além do CAPS. Novos desafios apresentaram-se: Como promover espaços de cuidado para além das oficinas para que os usuários transitem de forma viva pela cidade? Como os serviços podem contribuir para que a cidade acolha a loucura? Como promover trocas sociais que permitam a vida a todos e todas, mesmo com suas singularidades e diferenças?

Para que o cuidado em liberdade se concretize de fato é preciso que o usuário possa circular pela cidade sem carregar o peso da instituição nas costas, ou seja, é preciso que o “Chico” seja reconhecido nos espaços por ele habitado apenas como “Chico” e não como “Chico do CAPS”. É fundamental que os trabalhadores tenham clareza de que podem contribuir para que os usuários se tornem agentes da própria vida, do seu cuidado e de sua cidadania. Não é fazer por eles e sim fazer com eles.

REFERÊNCIAS

AMARANTE, P. D. C. Saúde Mental, Desinstitucionalização e Novas Estratégias de Cuidado. In: GIOVANELLA, L. et al. (orgs.). **Políticas e Sistemas de Saúde no Brasil**. 2ª reimpressão. Rio de Janeiro. Fiocruz, 2011. p. 735-759.

BERTOLETE, J. M. Em busca de uma identidade para a reabilitação psicossocial. In: PITTA, A. M. F. (org.). **Reabilitação psicossocial no Brasil**. 2 ed. São Paulo: Hucitec, 2001. p. 155-8.

BRASIL. **Lei n.º 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. Brasília: Presidência da República, 2001. Disponível em: . Acesso em: 24 maio 2023.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICAS [IBGE]. **Cidades**: Santana de Pirapama, Sete Lagoas. Disponível em: <https://cidades.ibge.gov.br/brasil/mg/sete-lagoas/panorama>. Acesso em: 28 dez. 2023.

KINOSHITA, R. T. Contratualidade e reabilitação psicossocial. In: PITTA, A. M. F. (org.). **Reabilitação psicossocial no Brasil**. 2 ed. São Paulo: Hucitec, 1996. p. 55-9.

LEAL, E. M.; DELGADO, P. G. G. “Clínica e cotidiano: o CAPS como dispositivo de desinstitucionalização”. In: PINHEIRO, R.; GULJOR, A.; SILVA JR. A.; MATTOS, R. (org). **Desinstitucionalização da saúde mental: contribuições para estudos avaliativos**. Rio de Janeiro: CEPESP, IMS/LAPPIS, ABRASCO, 2007. p. 137-153.

LOBOSQUE, A. M. CAPS: laços sociais. **Mental**, Barbacena, v. 5, n. 8, p. 53-60, jun. 2007. Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1679-44272007000100004&lng=pt&nrm=iso. Acesso em: 28 dez. 2023.

PITTA, A. M. F. O que é reabilitação psicossocial no Brasil, hoje?. In: PITTA, A. M. F. (org.). **Reabilitação psicossocial no Brasil**. 2 ed. São Paulo: Editora Hucitec, 2001. p. 19-30.

SARACENO, B. Reabilitação Psicossocial: uma estratégia para a passagem do milênio. In: PITTA, A. M. F. (org.). **Reabilitação psicossocial no Brasil**. 2 ed. São Paulo: Editora Hucitec, 2001, p. 13-18.

SILVEIRA, N. **Casa das Palmeiras: a emoção de lidar**. Rio de Janeiro: Alhambra, 1986. 88p.

“A gente às vezes se entrega demais... esquece de ouvir a razão”: a música como ferramenta na prática do Acompanhamento Terapêutico no contexto do Serviço Residencial Terapêutico

Júlia Maria de Souza Farias

A gente às vezes se entrega demais / Esquece de ouvir
a razão / Não olhe assim, não / Você é linda demais
(Leandro; Leonardo, 1991a).

Este texto é um relato de minha experiência como Acompanhante Terapêutica (A.T) em um Serviço Residencial Terapêutico (SRT) em Belo Horizonte (BH), desenvolvido no estágio realizado no oitavo período do curso de Psicologia da Faculdade Arnaldo. Conforme grade curricular, o estágio estava fundamentado na teoria psicanalítica e nas reflexões sobre o processo formativo voltado para os princípios da Reforma Psiquiátrica e da Atenção Psicossocial, fomentando o cuidado em liberdade, resgate da autonomia e a possibilidade de reinserção psicossocial.

Se pararmos para refletir sobre a história da loucura em diferentes momentos históricos até a atualidade, observa-se que o processo sócio-histórico favoreceu a fundamentação de condutas segregacionistas, refletidas em práticas manicomiais presentes nos discursos e ideais sociais. Foucault (1993), na obra “História da Loucura”, pontua que a loucura pode ser apreendida em três momentos: o primeiro, por meados da Idade Média, quando esta era vivenciada em um contexto de liberdade e considerada um agraciamento divino; o segundo, o “grande enclausuramento”, em que indivíduos fora das normas sociais eram segregados, de maneiras desumanas, nas instituições hospitalares; e o terceiro, pós-Revolução Francesa, quando a loucura passou a ser

vinculada ao conhecimento psiquiátrico e as hospitalizações ocorreram em instituições psiquiátricas.

No Brasil e em todo o mundo, o tratamento asilar para pessoas em sofrimento mental envolveu violações de direitos humanos, segregação e práticas perversas. Os manicômios, como pontuado por Lüchmann e Rodrigues (2007), representavam a completa exclusão, controle e violência. Esse modelo hospitalocêntrico e asilar persistiu por décadas, evidenciando atos bárbaros. No entanto, o manicômio não se limita à instituição asilar, mas se manifesta nas relações sociais, refletindo relações de controle e poder.

Assim, o movimento da Reforma Psiquiátrica entra em cena, em busca da transformação do modelo de assistência em saúde mental, priorizando a desinstitucionalização, a promoção da inclusão social e a garantia de preservação aos direitos humanos das pessoas em sofrimento mental. O movimento tem como um de seus objetivos a substituição do modelo manicomial por um modelo que ofereça um cuidado integralizado, humanizado, em liberdade: o modelo psicossocial.

Como forma de efetivar a implementação da reforma psiquiátrica brasileira, o modelo psicossocial propõe a criação de uma rede de serviços substitutivos, dentre os quais estão os Serviços Residenciais Terapêuticos (SRT). Estes surgiram anteriormente à aprovação da Lei n.º 10.216/2001¹ (Brasil, 2001), mediante Portaria n.º 106 GM/MS, de 11 de fevereiro de 2000² (Brasil, 2000), fortalecendo a política de saúde mental e garantindo o direito de habitação das pessoas com sofrimento mental. Os SRT's são casas na comunidade, destinadas a acolher pessoas com sofrimento mental egressas de uma longa história de internação em hospitais psiquiátricos, promovendo a reintegração

¹ Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental (Brasil, 2001).

² Institui os Serviços Residenciais Terapêuticos no âmbito do SUS (Brasil, 2000).

social, autonomia e laços sociais, alinhando-se aos princípios da reabilitação psicossocial (Brasil, 2000).

Considerando as necessidades de reinserção no território, decorrentes dos impactos do isolamento social e das práticas de tratamento violentas e fracassadas, o dispositivo clínico como o Acompanhamento Terapêutico sustenta a ideia da Reforma Psiquiátrica, reafirmando o cuidado em liberdade com a possibilidade de transitar no território. Um de seus objetivos é aproximar o sujeito das oportunidades de inserção no laço social (Hermann, 2010³ *apud* Aciolli Neto; Amarante, 2013; Pitiá; Furegato, 2009; Reis-Neto; Teixeira Pinto; Oliveira, 2011⁴ *apud* Aciolli Neto; Amarante, 2013).

Para Pitiá e Furegato (2009), o Acompanhamento Terapêutico é uma modalidade de atendimento clínico que se destaca pela realização de atividades externas na cidade, bem como pela proximidade constante com a pessoa em sofrimento mental. O principal objetivo é desenvolver um guia terapêutico capaz de favorecer a reintegração à sociedade, por meio de ações embasadas numa relação próxima entre o acompanhante e o indivíduo, considerando suas limitações e potencialidades e seu contexto histórico, pessoal e social.

Diante disso, o Acompanhamento Terapêutico pode ser reconhecido e incluído como mais um dispositivo de atendimento nos serviços de saúde, já que trabalha com projetos terapêuticos que favorecem o resgate do poder de contratualidade social, sob os princípios psicossociais de reabilitação (Pitiá; Furegato, 2009). Conforme aponta Fantim (2017), o Acompanhamento Terapêutico com pacientes psicóticos tem se consolidado como uma abordagem cada vez mais integrada à Rede de Atenção Psicossocial. Essa prática

³ HERMANN, M. C. Acompanhamento terapêutico, sua criação em uma montagem institucional de tratamento e as ofertas de laço social. **Estilos da clínica**, v. 15, n. 1, p. 40-59, 2010.

⁴ REIS NETO, R. de O.; TEIXEIRA PINTO, A.C.; OLIVEIRA, L.G.A. Acompanhamento terapêutico: história, clínica e saber. **Psicologia: Ciência e profissão**, v. 31, p. 30-39, 2011.

surge como uma alternativa para fornecer novas formas de cuidados, desvinculando-se dos protocolos terapêuticos convencionais. Assim, favorecendo uma nova perspectiva sobre a loucura, a construção de novos significados para sua vivência no território e a busca por novas formas de vida.

É por você que canto

Sem você eu sei que/ Não teria nenhuma razão/ Pra viver / É por você que canto (Leandro; Leonardo, 1989).

A minha experiência transcorreu às segundas-feiras à tarde, no período de março a junho de 2023, sob supervisão na abordagem psicanalítica. A escolha do campo de estágio em saúde mental reflete a ênfase psicossocial adotada pela faculdade. Conforme proposto no primeiro encontro com a supervisora da residência e, posteriormente, com o acompanhado, as reuniões ocorreram semanalmente às terças ou às quintas-feiras, no período da tarde, com duração de três horas. A alternância se deu devido à explícita vontade do acompanhado em participar das oficinas realizadas nesses dias no Centro de Convivência da região.

No primeiro encontro de apresentação entre acompanhante terapêutica e acompanhado, este recebeu de forma muito solícita a acompanhante. Conversaram sobre gostos e preferências, para orientar a atuação clínica no território. Observou-se uma familiaridade nas escolhas, contemplando filmes, menções de saídas para o parque, identificando-se um ponto comum: tanto a acompanhante terapêutica quanto o acompanhado compartilhavam de um forte interesse por música e tinham ídolos em comum, com destaque aos cantores Leandro e Leonardo.

A partir desse encontro, desenvolveram-se diálogos centrados na música, estabelecendo uma conexão que florescia, apesar da diferença de idade. Nos encontros, a música permeava as conversas, tornando-se a protagonista nas escolhas das atividades fora da residência.

Nos dias agendados, o acompanhado esperava com impaciência a acompanhante na grade da residência para as saídas no território. Nestas ocasiões, vestia seu conjunto vermelho, o qual dizia da importância, para ele, dessa exploração nos entornos, uma vez que essa era a cor de escolha dele para ocasiões especiais. As programações da semana seguinte eram decididas ao término desses encontros e comunicadas à supervisora da residência. Contudo, apesar das programações prévias, alguns desafios se impunham para a sua efetivação: a lentificação da marcha do acompanhado, decorrente do uso de medicamentos; a desorganização de seu pensamento; e a sua resistência de sair sem o auxílio de um carro de aplicativo.

Dada a conexão através da música, esta se revelou um elemento significativo para fortalecer os vínculos e enriquecer as interações no contexto do Acompanhamento Terapêutico. Tal aposta permitiu superar obstáculos, possibilitando até mesmo a participação em eventos desafiadores, como o desfile da luta antimanicomial, que exigia esforço na caminhada.

É possível afirmar que a música é uma forma de expressar sentimentos e emoções, proporcionando a criação de vínculos e afetos com o outro. Refletir sobre o encontro com o outro implica permitir-se ser afetado e afetar em toda a amplitude de experiências e vivências. A música carrega consigo não apenas alegria e prazer, mas também outros sentimentos correlacionados à memória. Assim, a aposta com a música permeou os encontros e é a partir da música que visou trazer algumas reflexões, sob o contexto psicanalítico.

No famoso verso da música “Não Olhe Assim”, Leandro e Leonardo (1991a) apontam que “a gente às vezes se entrega demais e esquece de ouvir a razão”. Historicamente, o conceito de razão e desrazão foi vinculado a abordagens e tratamentos relacionados à loucura. O campo da razão passa a ser o único qualificado a “dizer” qualquer coisa. Dessa forma, sendo a história da loucura o processo de produção da doença mental, ela é ao mesmo tempo a história da “suspensão da loucura

como linguagem proscrita” (Foucault, 1972⁵ *apud* Machado, 2009, p. 218).

Contudo, há uma reflexão crítica sobre essa concepção centrada na razão, compreendendo-a como patologizante. Feier (2014) problematiza a perspectiva de que a cura para aqueles considerados loucos está no restabelecimento da razão e questiona quem detém o poder de definir essa razão. O autor discute se a condição do indivíduo rotulado como louco realmente necessita de intervenções medicamentosas incapacitantes e internações hospitalares. Além disso, questiona os paradigmas vigentes na saúde mental e aponta propostas que visam o cuidado em liberdade como forma de condução.

Ainda sobre a presença da música nos encontros, essa se articula com diferentes corpos e contextos, revelando-se, assim, algo presente em nosso cotidiano e uma ferramenta significativa no cuidado em liberdade. Essa abordagem foi respaldada por oficinas de música oferecidas no Centro de Convivência. Essas iniciativas não apenas facilitaram o estabelecimento de vínculos e laços sociais, mas também promoveram uma proximidade na relação entre a acompanhante terapêutica e o acompanhado. Cantar tornou-se uma prática habitual em nossos encontros. Não apenas cantar, mas trazer significado e explorar as emoções subjacentes dessas músicas. A seleção musical durante as oficinas e/ou a participação ativa nos momentos de canto dos demais usuários do serviço contribuíam para promover o desenvolvimento da autonomia e a expressão de vontades e preferências do acompanhado, o que se apresentava como alguns dos objetivos do acompanhamento.

Além da música, outras formas artísticas foram exploradas e vivenciadas: idas ao cinema, destacando-se os filmes de animação; visita a exposições de fotos nos Centros Culturais; dança; pinturas; participação no desfile da luta antimanicomial, com fantasias produzida pelo acompanhado junto ao bloco do Centro de Convivência e Cultura.

⁵ FOUCAULT, M. *Histoire de la folie à l'âge classique*. Paris: Gallimard, 1972.

Dentre outros aspectos, a participação nestas atividades possibilitou ao acompanhado interagir com outras pessoas, manifestar suas preferências, tomar decisões inerentes às atividades. Por este motivo, tais expressões artísticas fortaleceram a conexão com o território e com o outro, ampliando as possibilidades de expressão e interação dentro do contexto do Acompanhamento Terapêutico.

Eu juro

Eu juro/ Por mim mesmo/ Por Deus, por meus pais
(Leandro; Leonardo, 1995).

Pensar na música traz à luz as histórias por trás das letras e a sensibilidade envolvida. Quando os cantores ou as letras fazem uma alusão aos pais, especialmente à mãe (o que era significativo no contexto de vida do acompanhado), permitiam que a abordagem sobre o tema fosse possível e repleta de histórias. A música possibilitava ao acompanhado relembrar momentos com a família, o que favorecia à acompanhante uma compreensão acerca do discurso trazido e apontado por ele, relacionado a esfera familiar.

Leandro e Leonardo (1995), na música “Eu Juro”, apresentam uma letra que se revelou significativa durante nosso processo de acompanhamento. Isso ocorreu devido ao relato do acompanhado, o qual destacava o significado da música em relação à sua mãe. A letra evocava sentimentos profundos de saudade, especialmente considerando o distanciamento e a lacuna que se formou na relação após a internação compulsória do acompanhado. Problematicar a internação em questão suscitou reflexões críticas sobre suas implicações e as repercussões negativas na dignidade e autonomia do acompanhado em discussão. A abordagem coercitiva criou barreiras à construção da subjetividade desse acompanhado, evidenciando a necessidade de uma análise mais profunda dos efeitos a longo prazo desta medida.

A canção tornou-se uma espécie de fio condutor emocional, proporcionando uma ponte simbólica entre o presente e o passado, entre o acompanhado e sua história familiar. Através dessa conexão musical, exploramos as dimensões do campo da atenção psicossocial para expressar e compreender os complexos sentimentos associados à separação e à mudança na dinâmica familiar após o processo de longa internação.

As rodas nos espaços comunitários, o violão com as melodias, a escolha das músicas e a espera para chegar a vez de cantar eram o cenário da maioria dos encontros. Ao incorporar a música como elemento central nos manejos terapêuticos, ampliamos as possibilidades de intervenção, considerando a singularidade do acompanhado e reconhecendo a importância da expressão artística no processo. Essa abordagem, alinhada às diretrizes da Reforma Psiquiátrica, busca proporcionar um cuidado mais humanizado e integrado, priorizando a qualidade de vida e a produção de laço social. De acordo com Siqueira e Lago (2012), a utilização da música como ferramenta terapêutica no cuidado em saúde mental proporciona uma alternativa significativa para aqueles que frequentemente são estigmatizados como loucos, doentes ou incapazes. Ao participar de atividades musicais, pessoas com sofrimento mental têm a oportunidade de assumir papéis mais positivos, como músicos ou aprendizes musicais. Além disso, escolher a música que se gosta ou recusar a que não agrada, imprimir o jeito próprio de cantar, se sozinho ou acompanhado, são experimentações que dizem da subjetividade e da expressão singular de cada um de nós.

A utilização de atividades artísticas e musicais como abordagem complementar alinha-se, de maneira significativa, com os princípios da Reforma Psiquiátrica, que busca transformar os paradigmas tradicionais de tratamento em saúde mental. Destaca-se a importância de estratégias que vão além das abordagens convencionais, promovendo a autonomia, a expressão e a inclusão social dos indivíduos atendidos, como é o caso das oficinas. Por meio de atividades em grupo, elas

propiciam o encontro de vidas entre pessoas em sofrimento psíquico, favorecendo o exercício da expressão e da convivência entre os diferentes participantes (Valladares *et al.*, 2003⁶ *apud* Batista; Ferreira, 2015).

O enfoque na musicalidade como meio terapêutico destaca a importância de estratégias que vão além das abordagens convencionais, promovendo a autonomia, a expressão e a inclusão social dos indivíduos atendidos. A utilização da música como uma abordagem complementar, associada à promoção de experiências de exploração dos recursos comunitários, alinha-se de maneira significativa com os princípios da Reforma Psiquiátrica. Este uso busca transformar os paradigmas tradicionais de tratamento em saúde mental, uma vez que, considerando afirmações de Amarante e Torre (2018, p. 1091), são estratégias que possibilitam, a partir da garantia do direito à cultura e à cidade, “a inclusão social da loucura e da diferença”.

Essa mudança de perspectiva não apenas oferece uma saída criativa e expressiva, mas também pode influenciar a percepção dos participantes sobre si mesmos. Se por um lado, assim como afirma Saraceno (2011), a institucionalização aniquila as individualidades e as diferenças, produzindo apenas a identidade de doente mental crônico, o ato de se envolver na música, em estratégias comunitárias, como ocorreu na experiência ora relatada, proporciona um espaço em que essas pessoas podem ser reconhecidas não por suas condições de saúde mental, mas como artistas em formação. Essa dinâmica promove a inclusão social e também contribui para a construção de uma identidade que vai além das etiquetas estigmatizantes associadas à saúde mental.

⁶ VALLADARES, A.C.A. *et al.*, Reabilitação psicossocial através das oficinas terapêuticas e/ou cooperativas sociais. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, v. 5, n. 1, 2003.

Não aprendi dizer adeus

Não aprendi a dizer adeus/ Não sei se vou me
acostumar/ Olhando assim nos olhos seus/ Sei que
vai ficar nos meus/ A marca desse olhar (Leandro;
Leonardo, 1991b).

Na experiência aqui relatada, a prática do acompanhamento proporcionou a exploração de novos territórios e a conquista de espaços que antes não haviam sido explorados pelo acompanhado. As apostas feitas durante o acompanhamento revelaram-se cruciais para o estabelecimento do vínculo e para possibilitar o diálogo que se desenvolveu ao longo do processo.

A finalização dos encontros foi um processo cuidadosamente elaborado, considerando que eram reuniões marcadas por construções significativas e processos dinâmicos. Através da música, foi possível estabelecer diálogos, conhecer e compreender o acompanhado a partir de suas percepções, explorando em seu discurso as nuances de suas relações e os desafios de seu passado. A constatação de que o acompanhado, após anos de silenciamento, nos quais suas construções e histórico com a música foram desconsiderados, descobriu novas formas de expressão, denota a potência do acompanhamento terapêutico. Ainda, evidencia a importância da dimensão sociocultural e da ênfase na autonomia na ressignificação do sujeito como elementos fundamentais para uma política de cuidado humanizada e inclusiva.

Revisitando todo o percurso realizado, é possível identificar que o dispositivo clínico do Acompanhamento Terapêutico favoreceu não só a autonomia do acompanhado, mas também facilitou a presença e a participação ativa da acompanhante. Refletir sobre as repercussões do acompanhamento permite perceber que a A.T. não apenas contribuiu para a reinserção psicossocial do acompanhado, integrando a música como possibilidade, mas também o integrou ao território, ao oportunizar o sentimento de pertencimento e ao apostar no sujeito e em suas singularidades.

Esse processo de despedida, afinal é preciso aprender a dizer adeus, não apenas simboliza uma transformação na relação terapêutica, mas também reflete o cuidado em liberdade que permite que o sujeito prossiga sem a presença da acompanhante, mas com tudo aquilo que o encontro proporcionou a ele: novas formas de expressar-se, novas formas de se reconhecer, novas formas de se relacionar.

Considerações finais

Historicamente, o modelo manicomial produziu a institucionalização e a exclusão social da loucura. A Reforma Psiquiátrica Brasileira surge com a proposta de transformação do modelo assistencial, visando a oferta de cuidado em saúde integral, humanizado e em liberdade. Para isso, o movimento propõe a criação de uma rede de serviços substitutivos ao hospital psiquiátrico.

O Serviço Residencial Terapêutico, assim como os demais serviços da RAPS, trabalha para enfrentar e enfraquecer o estigma e a discriminação sofridos pelas pessoas em sofrimento mental. Contribuindo, assim, para a sua inclusão social, ao ofertar um modelo de cuidado integral que busca atender às necessidades de saúde mental no contexto da vida cotidiana, diferente de abordagens asilares tradicionais. O acompanhamento terapêutico é um dispositivo clínico que reafirma o cuidado em liberdade, ao oportunizar à pessoa em sofrimento mental a (re)construção do laço social, e faz parte das estratégias adotadas junto a moradores do Serviço Residencial Terapêutico.

No relato de caso aqui descrito, a música desempenhou um papel significativo. Além de fortalecer vínculos no contexto do Acompanhamento Terapêutico, foi um elemento-chave para promover a autonomia e construir laços sociais, o que foi evidenciado pelo estabelecimento de conexões em atividades de dança e participação ativa em oficinas de música. A música facilitou a escuta do acompanhado enquanto entoava suas próprias letras, proporcionando um espaço para

expressão e autoafirmação. Tais reflexões são evidenciadas a partir da espera pela acompanhante, sempre alegre no portão; os momentos para trocar-se e vestir-se todo de vermelho, pois era vestimenta reservada para ocasiões especiais; e as perguntas incessantes aos trabalhadores da residência sobre o dia dos encontros.

Assim, apostar na expressão musical foi significativo para o acompanhado, sendo possível recheiar de significado a trajetória e as implicações no processo formativo da acompanhante, possibilitando pensar em propostas que evocam a dimensão sociocultural dos sujeitos e a integralidade do cuidado no âmbito da saúde mental. Percebeu-se que o dispositivo clínico do acompanhamento terapêutico associado ao serviço, ao investir na apropriação dos espaços comunitários, promove a sustentação diária da política de saúde mental antimanicomial, favorecendo a exploração e a (re)inserção do sujeito em seu território, fomentando a autonomia, o vínculo com o entorno, os laços afetivos e a participação em espaços sociais.

REFERÊNCIAS

ACIOLI NETO, M. L.; AMARANTE, P. D. C.. O acompanhamento terapêutico como estratégia de cuidado na atenção psicossocial. **Psicologia: Ciência e Profissão (Impresso)**, v. 33, n. 4, p. 964 - 975, 2013.

AMARANTE, P; TORRE, E. H.G. “De volta à cidade, sr. cidadão!”- Reforma Psiquiátrica e Participação Social: do isolamento institucional ao movimento antimanicomial. **Revista de Administração Pública**, Rio de Janeiro, v. 52, p. 1090-1107, Nov./dez. 2018.

BATISTA, E. C.; FERREIRA, D. F.. A Música como instrumento de reinserção social na saúde mental: um relato de experiência. **Rev. Psicologia em Foco**, v.7, n. 9, p. p.67-79, jul. 2015.

BRASIL. **Lei n.º 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. Brasília: Presidência da República, 2001. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/leis_2001/10216.htm. Acesso em: 24 maio 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria/GM nº 106, de 11 de fevereiro de 2000**. Institui os Serviços Residenciais Terapêuticos no âmbito do SUS. Brasília: Presidência da República, 2000. Disponível em: [http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/Matrizes Consolidacao/comum/4437.html](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/Matrizes%20Consolidacao/comum/4437.html). Acesso em 07 jan. 2024.

FANTIN, A. D. **O acompanhamento terapêutico (AT) como um dispositivo para a Psicanálise no campo da saúde mental** (Dissertação de mestrado). Universidade Federal de Santa Catarina, Centro de Filosofia e Ciências Humanas, Florianópolis, SC, Brasil. 2017.

FEIER, A.L. Razão e desrazão: A história da loucura de Michel Foucault. *Ítaca*, n.26, ago. 2014

FOUCAULT, M.. **História da Loucura**. 3 ed., São Paulo: Perspectiva, 1993.

LEANDRO; LEONARDO [intérprete]. **É por você que canto (The Sounds of Silence)**. Goianópolis: Warner Music Brazil Ltda. 1989. faixa 06, 3:50 min

LEANDRO; LEONARDO [intérprete]. **Eu Juro (I Swear)**. Goianópolis: Warner Music Brazil Ltda. 1995. faixa 01, 4:16 min

LEANDRO; LEONARDO [intérprete]. **Não aprendi dizer adeus**. Goianópolis: Warner Music Brazil Ltda. 1991b. faixa 03, 3:05 min

LEANDRO; LEONARDO [intérprete]. **Não olhe assim**. Goianópolis: Warner Music Brazil Ltda, 1991a. faixa 10, 3:17 min

LÜCHMANN, L. H. H.; RODRIGUES, J.. O movimento antimanicomial no Brasil. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 12, n. 2, p. 399–407, mar. 2007.

MACHADO, S. B.. Foucault: a loucura como figura histórica e sua delimitação nas práticas psiquiátricas e psicanalíticas. *Ágora: Estudos em Teoria Psicanalítica*, v. 12, n. 2, p. 217–228, jul. 2009.

PITIÁ, A. C. DE A.; FUREGATO, A. R. F.. O Acompanhamento Terapêutico (AT): dispositivo de atenção psicossocial em saúde mental. *Interface - Comunicação, Saúde, Educação*, v. 13, n. 30, p. 67–77, jul. 2009.

SARACENO, Benedetto. A cidadania como forma de tolerância. *Revista de Terapia Ocupacional da Universidade de São Paulo*, São Paulo, v. 22, n. 2, p. 93-101, maio/ago. 2011.

SIQUEIRA, J. L. D.; LAGO, A. M. C. V.. Coletivo da música: um estudo sobre relações entre arte e saúde mental. *Est. Inter. Psicol.*, Londrina, v. 3, n. 1, p. 93-111, jun. 2012.

Protagonismo dos usuários: as assembleias nos Serviços de Saúde Mental⁷

Ana Marta Lobosque

Uma grave lacuna se configura em muitos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) ou Centros de Referência em Saúde Mental (CERSAMs)⁸: a ausência de assembleias nesses equipamentos ou sua ocorrência de forma não condizente com os propósitos e finalidades da atividade. Abordar esta lacuna é hoje uma *prioridade* se desejamos, de fato, propiciar o protagonismo dos usuários face aos problemas e desafios do cuidado que diretamente os afetam.

1. Era uma vez, no CERSAM Leste...

Um bom ponto de partida para abordar este tema nos reconduz à época da criação dos primeiros CERSAMs em Belo Horizonte, na segunda metade dos anos de 1990, lembrando como se realizava de forma exemplar a assembleia semanal do CERSAM Leste.

Quando de sua abertura, o CERSAM Leste funcionava em uma casa da Rua Anhanguera, no Bairro Horto, hoje ocupada pelo Centro de Convivência Arthur Bispo do Rosário. Logo na entrada da casa havia uma grande sala, onde várias atividades se revezavam ou coexistiam: era o local de espera para o acolhimento, a recepção e abertura de prontuários, a circulação dos usuários em permanência-dia.

⁷ Texto escrito no mês de fevereiro de 2023 para subsidiar discussões em Redes de Atenção Psicossocial de alguns municípios onde a autora atuou como supervisora clínico-institucional.

⁸ Designação escolhida por alguns municípios para nomear dispositivos do tipo CAPS.

Pois bem, uma vez por semana, impreterivelmente, sempre no mesmo horário, a sala era destinada a uma única atividade, considerada fundamental pela gerente e pela equipe: a assembleia. Aliás, cabe homenagear aqui Nancy Fábregas, a gerente de então, pela clara compreensão que tinha da função da assembleia e por seu empenho em fazê-la realizar-se tal como devia ser. Eram convocados todos os trabalhadores do serviço – a gerente, os profissionais de nível superior, os técnicos de Enfermagem, o porteiro, o pessoal da faxina e da cozinha, o motorista e, naturalmente, todos os usuários presentes no serviço naquele momento. Vários técnicos revezavam-se na coordenação para que este papel não ficasse atrelado a um determinado profissional.

Esse encontro era tão privilegiado que até mesmo os recém-chegados para o acolhimento e seus acompanhantes – inclusive os policiais – eram convidados a participar. A menos que se tratasse de um caso de extrema urgência, o novo usuário só seria atendido após o término da assembleia. Atendimentos individuais ou grupais, oficinas, passeios, quaisquer outras atividades eram feitas em momento distinto. Deixo para mais adiante a enumeração dos princípios que ordenavam a assembleia, assim como a descrição do seu funcionamento. No momento, interessa destacar este ponto, a meu ver decisivo: o serviço parava para dar lugar à assembleia, com a presença e o envolvimento de gerente, funcionários, usuários e familiares, sem uma única exceção.

Pode-se dizer que este momento de parada completa viria a tornar-se inviável, à medida em que a demanda dos CERSAMs aumentava, crescia o número de acolhimentos, as intercorrências se amontoavam e os funcionários eram demandados por motivos diversos. No entanto, as razões para que já não aconteçam assembleias com tais características parece residir não na dificuldade em executá-la como outrora, mas, sobretudo, em outros aspectos: um crescente decréscimo da compreensão do valor da assembleia e um desvirtuamento de suas finalidades. Esta desvalorização da assembleia coexiste, por sua vez, com uma importância cada vez menor concedida às oficinas, passeios,

rodas de conversa, enfim, aos empreendimentos coletivos dos serviços; na perda do caráter artesanal do cuidado; no pouco investimento nos laços de convívio e solidariedade entre os usuários e na construção de seu protagonismo como atores políticos da luta antimanicomial.

2. Assembleias: concepção e exercício

Vale recordar a bela origem do termo assembleia na história da democracia, em seus primórdios na Grécia. Inicialmente voltada para o planejamento das ações de guerra e a distribuição dos butins, a assembleia – em grego, *ekklesia* – instituiu-se como um espaço entre pares, na qual cada um podia opinar e tomar a palavra, chegando conjuntamente às deliberações finais. No entanto, os guerreiros eram homens de origem nobre, aos quais, e apenas aos quais, era possibilitada a participação nos debates e decisões. À medida em que a nobreza perdeu poder político, enquanto crescia aquele do cidadão comum, a assembleia tornou-se um espaço para todos (embora excluídos os escravizados e as mulheres) e veio a ser uma instituição central da gestão da pólis grega, responsável por suas mais importantes deliberações.

A etimologia e a história da palavra assembleia, portanto, ajudam-nos a pensar e propor o que ela pode e deve significar em serviços de saúde mental que valorizam o efetivo protagonismo dos usuários, bem como sua formação e atuação como agentes políticos da luta antimanicomial, que tomam a palavra na defesa de suas posições e exercem seu direito de voz e voto.

Portanto, o primeiro ponto a salientar é que as assembleias não podem ser uma atividade dentre outras no serviço, realizadas mais ou menos ocasionalmente, das quais participa quem puder ou quiser. Mesmo quando não seja materialmente possível a parada completa, tal como descrita nos tempos pioneiros do CERSAM Leste, a assembleia exige um momento de pausa, a ser construído coletivamente pela equipe. Não pode ser uma atividade esporádica e frouxa, deixada a cargo de

uns poucos técnicos, à margem do serviço, sem presença e repercussão efetivas em seu cotidiano. Requer ativo apoio e participação do gerente, cuja presença é indispensável, afinal, os usuários reconhecem com clareza a sua autoridade e compreendem que sua participação valoriza e legitima a assembleia. Requer, igualmente, a participação de todos os trabalhadores e familiares presentes no serviço, ao invés de ser delegada a algum ou alguns dentre eles. Deve ter dia e horário marcados, pelo menos uma vez por semana e, faça chuva ou faça sol, não se pode admitir pretextos que a impeçam de acontecer. Afinal, a assembleia é um ponto fulcral na vida do serviço: para ali vão, ali surgem, para ali retornam as questões mais importantes do seu dia a dia, assim como os objetivos de sua existência e funcionamento.

2.1 A construção da pauta: um passo necessário

A princípio, trabalhadores e usuários podem não entender o que significa este encontro especial, confundindo-o com espaços de outra ordem. “É assembleia de Deus?”, perguntou certa vez um usuário. Certamente não é uma reunião religiosa – ainda que se possa falar de religião, entre outros assuntos. Não é um espaço de conversa livre, com mudanças aleatórias de um assunto para o outro – ainda que esta mudança, eventualmente, ocorra. Não se destina a catarses, desabafos e relatos pessoais – ainda que nenhum desse tipo de fala esteja descartado ou proibido. É preciso que a assembleia construa uma pauta, a partir de questões de interesse geral, e que o coletivo ali presente se empenhe em abordar os diferentes pontos elencados, chegando, a respeito de cada um, a algum tipo de conclusão ou encaminhamento.

Essa pauta, inicialmente, pode ser muito singela, por vezes limitando-se à abordagem de alguns pontos da rotina do serviço. Por exemplo, o que pensam os usuários sobre a alimentação que recebem? Em caso de críticas, quais soluções podem ser propostas e como viabilizá-las? Quanto a organização dos passeios da semana: onde os usuários gostariam de ir? Se há ingressos para o cinema, qual filme preferem, dentre os que estão disponíveis? Chegou um novo oficineiro, que tem

tais e tais habilidades: dentro disso, que tipo de oficina gostariam que ele criasse? Essas questões, aparentemente tão modestas, podem ter desdobramentos políticos interessantes. Certa vez, protestando contra a substituição do pão do lanche por um detestável biscoito *cream cracker*, os usuários de um determinado CERSAM elaboraram um abaixo-assinado em protesto e foram, pessoalmente, entregá-lo à Gerência de Saúde Mental da Secretaria de Saúde de Belo Horizonte.

Entram nessa pauta mínima, igualmente, orientações relativas ao funcionamento do serviço: informações e esclarecimentos quanto ao transporte, medicamentos, horários, telefonemas etc. Algumas dessas orientações, inevitavelmente, têm caráter restritivo, seja porque esbarram em limites legais que extrapolam as regras do serviço – por exemplo, não é permitido por lei o porte e o uso de drogas –, seja porque excedem as possibilidades da equipe de realizar certas propostas surgidas – como fazer no mesmo dia e horário duas atividades diferentes. Embora estes limites e impossibilidades possam gerar discussões polêmicas e mesmo acirradas – e não há problema algum nisso – é importante que a assembleia explicita sempre os motivos desta ou daquela restrição e, sobretudo, leve em conta a possibilidade de modificá-la ou mesmo suspendê-la, caso se encontre uma saída viável e sensata. Assim, num CERSAM⁹, onde o número de cigarros permitidos por dia era restrito, os usuários queriam que este número fosse liberado, sem nenhum limite. Essa proposta não foi aceita, mas acataram-se sugestões para modificar os horários para fumar.

Outros temas, frequentemente pautados, dizem respeito a tumultos e outros problemas no serviço, impedindo que os usuários sejam atendidos adequadamente. As disputas e brigas envolvendo quebradeiras, agressões verbais e físicas, assédios etc., são frequentemente trazidas ao debate. Nestes casos, é importante abordar o tema já que discussões como essas são importantes para

⁹ Centro de Referência em Saúde Mental Infanto Juvenil.

fazer entender que, num momento dado do seu percurso, este ou aquele usuário não tem condições psíquicas para controlar os próprios impulsos e atitudes, assim como outros que agora se encontram bem já passaram por situações semelhantes. Dessa forma, incentiva-se a tolerância, favorecendo o convívio. Cumpre evitar, a todo custo, a culpabilização pessoal deste ou daquele usuário: a assembleia, decididamente, não pode funcionar como um tribunal!

Poderíamos citar vários outros pontos que trabalhadores e usuários costumam propor para o debate, mas destacamos um dentre eles que é crucial: a participação dos usuários nos espaços políticos da luta antimanicomial. É preciso conversar sobre o 18 de maio, as Conferências de Saúde e Saúde Mental, as audiências públicas no Legislativo, as plenárias do Conselho Municipal de Saúde, as manifestações em defesa da Reforma Psiquiátrica e da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS). Se estas ações não são abordadas e discutidas, o comparecimento dos usuários, mesmo que aconteça, não tem a legitimidade e o sentido que lhes são conferidos pelo debate prévio e regular nas assembleias.

A assembleia é espaço de informação e formação no âmbito do conhecimento e defesa da RAPS: apresentar aos usuários os diferentes serviços, apontar a lógica do cuidado em liberdade, afirmar a garantia de direitos e a cidadania, fazer compreender a Política de Saúde Mental da Reforma Psiquiátrica. Pode, ainda, incentivá-los a participar regularmente de movimentos sociais para além do espaço institucional dos serviços da rede, como, em Minas Gerais, as reuniões da Associação de Usuários de Serviços de Saúde Mental (ASUSSAM), o Fórum Mineiro de Saúde Mental e outros.

2.2 A condução da assembleia

Se a construção da pauta é um passo necessário em toda reunião política, a forma de seu manejo é muito peculiar, sobretudo em serviços como os CAPS e CERSAMs, onde muitos usuários se encontram desorganizados, inquietos, com dificuldade em manter-se atentos, expressar-se de forma coerente e seguir uma sequência de

temas anteriormente estabelecida. Portanto, ao conduzir a assembleia, deve-se, ao mesmo tempo, manter firmeza e admitir flexibilidade na consideração da pauta.

A firmeza é necessária, uma vez que os pontos são elencados de forma democrática, podendo qualquer um pautar aquilo que o interessa e considera de interesse coletivo. Assegurar seu cumprimento, portanto, é uma forma de garantir que todos tenham suas questões contempladas. É, ademais, uma forma de mostrar que a palavra, ali, não cai no vazio, sendo algo que se cumpre e tem valor. Desde a escolha do cardápio da festa junina até as denúncias sobre problemas do serviço. É importante que surja não necessariamente uma solução ou uma resposta pronta, mas algum tipo de proposta, de encaminhamento, de tomada em consideração. Por outro lado, a flexibilidade é igualmente necessária. Várias outras questões não previstas vão surgir e silenciá-las não é uma boa estratégia. Assim, numa assembleia que tinha uma longa pauta, eis que Olinda queria falar...de amor! Era este o assunto que ela podia e queria abordar naquele momento. O amor foi incluído na pauta, ela disse o que queria dizer, houve um ou outro comentário, muitos risos e brincadeiras e, depois, passamos a discutir o próximo ponto de pauta, a saber, quem representaria o CERSAM na reunião do Fórum Mineiro de Saúde Mental.

Os participantes da assembleia devem ser estimulados a priorizar, na assembleia, os assuntos que afetam a todos e dizem respeito ao serviço ou à rede como um todo. No entanto, é muito comum que os usuários queiram trazer ali assuntos mais pessoais, que deveriam, de preferência, ser discutidos com suas referências técnicas, para evitar exposições e quebras de privacidade. Ainda assim, no entanto, se é significativo para o usuário falar dessa questão pessoal naquele momento e lugar, é prejudicial impedi-lo. Que fale um pouco a respeito e continue a abordar o assunto noutros espaços. A propósito, aliás, quando se sugere que essa conversa seja feita com sua referência, não é incomum que nos respondam: “Mas o fulano não me atendeu nem

uma vez esta semana!” Desta forma, é apontado um sério problema no cuidado – as eventuais omissões do técnico de referência – que não teria sido percebido não fosse a ocorrência da assembleia.

É muito importante que a assembleia seja conduzida com bom humor e serenidade. Risos e chistes são bem-vindos, coisas sérias também encontram lugar. Preleções moralistas e pedagógicas são, definitivamente, desagradáveis e improdutivas. Os usuários estão interessados em formular, eles próprios, o que os afeta, e não em ouvir dos trabalhadores instruções e ordens para o seu comportamento. Isso não impede, naturalmente, uma ou outra ressalva a certos comportamentos, uma sugestão para modificá-los, mas é preciso muito cuidado no tom e no modo de dizer. Importa tentar seguir a ordem das inscrições, de modo que cada um possa aguardar sua vez de falar. Mas, como isso nem sempre é possível, cabem exceções para os mais inquietos e ansiosos. O importante mesmo é assegurar a circulação da palavra e o direito de todos a fazerem uso dela.

Há dificuldades na organização e condução das assembleias, claro. Uma delas, que angustia bastante os trabalhadores, é que muitos usuários não hão de se interessar em participar, sobretudo, no início. Cumpre convidá-los com tenacidade e constância, demonstrando que aquele é de fato um espaço respeitado e valorizado pelo serviço. Mas, se alguns não querem mesmo ir, ou se ficam só um pouco para logo retirar-se, isso não é motivo para invalidar a assembleia ou investir pouco na sua realização. Nesta semana, a assembleia terá apenas três usuários; na semana seguinte, quinze; da próxima vez, dez. Estas oscilações, muitas vezes naturais, não devem levar à desistência ou à fragilização da atividade. Aliás, a participação de um número menor de usuários não pode ser um álibi para que gerente e trabalhadores deixem, também eles, de participar! E se, apesar de tudo, a assembleia se mantém cronicamente esvaziada, cumpre à equipe pensar em maneiras de incentivar a presença dos usuários, tornando a atividade

mais legítima e atraente, evitando toda forma de engessamento e burocratização.

É preciso tenacidade, paciência e confiança nos efeitos valiosos das assembleias. Mesmo os usuários que, em certos dias, preferem ficar no refeitório, no pátio, na sala de plantão, aos poucos vão se dando conta de que, mesmo em sua ausência, um encontro aberto, participativo e afetoso está ocorrendo. Um encontro, repito, em que a palavra de cada um tem valor e há um movimento visível e claro para formar algum consenso entre todos. Assim, não é raro que usuários que não viam sentido na atividade digam, num bate-boca com o plantonista que lhes negou um vale-transporte, ou com outro que não lhes deu acesso ao telefone: “Eu vou levar isso pra assembleia!” E muitas vezes, de fato, lá comparecem na semana seguinte para denunciar a injustiça da qual se sentiram vítimas. Seja essa injustiça imaginária ou real, é um direito de cada um expô-la publicamente. E é na medida em que todos percebem a garantia desse direito que a assembleia aos poucos se torna, também para eles, o espaço da palavra plena e da justa decisão.

Para concluir, basta reiterar: se o protagonismo do usuário é um traço essencial do cuidado em liberdade, não há outra maneira de assegurá-lo a não ser pela prática política constante e decidida, que o torna presente e real nos serviços. Sem assembleias democráticas, regulares e participativas, esse protagonismo não existe verdadeiramente: ousemos sustentar de fato a sua realização!

Projeto Arte da Saúde – Atelier de Cidadania

Rosalina Martins Teixeira

Primeiros anos de implantação do Projeto: história e razão de ser

O Projeto Arte da Saúde é uma experiência desenvolvida na Regional Leste de Belo Horizonte durante 17 anos, desde 1991. Em 2008 foi ampliado para as outras regionais da cidade. Foi iniciado no Centro de Saúde Vera Cruz como uma tentativa de substituir a natureza da resposta da saúde mental à forte demanda das escolas, bem como de familiares de crianças e adolescentes, que buscavam encaminhamentos às escolas especiais e/ou a tratamentos neurológicos.

Desde o momento em que as equipes de saúde mental se instalaram nos centros de saúde, consolidou-se um fluxo contínuo e crescente de demandas escolares visando ao fornecimento de laudos psicológicos que, em última instância, possibilitavam o encaminhamento de crianças e adolescentes, refratários à abordagem da pedagogia tradicional, às escolas especiais e às clínicas de neurologia infantil. Como Psicóloga da rede pública e integrante da equipe de saúde mental do Centro de Saúde Vera Cruz, em 1991, defrontei-me com essa situação verificando que, por detrás da lógica instituída, havia um processo de adoecimento de crianças e de adolescentes, cujo estigma de ‘crianças-problema’ conduzia-os a um itinerário de encaminhamento das escolas às equipes de saúde mental e, posteriormente, às clínicas psiquiátricas e/ou escolas especiais. Isso se constituiu num mecanismo de exclusão social que se tornara quase uma resposta padrão das equipes de saúde mental da rede pública.

Além disso, podia-se observar que inúmeras crianças e adolescentes, encaminhadas à saúde mental com a classificação genérica

de ‘crianças-problema’, apresentavam uma variedade muito grande de situações individuais, sociais e familiares. Tais conjunturas faziam-nas refratárias às abordagens escolares tradicionais, seja por desinteresse ou desmotivação, seja por estarem passando por momentos difíceis em suas vidas. Situações essas que, não raro, as escolas e profissionais de Psicologia entendiam tratar-se genericamente como “distúrbios de comportamento”, “déficits cognitivos” etc.

Em verdade, pode-se delimitar um tipo específico de intolerância social com as diferenças por parte das escolas e da sociedade em geral. Crianças e adolescentes que fogem aos padrões não têm encontrado, no campo da sociabilidade, espaços e condições que viabilizem a visão das diferenças enquanto atributos. Restrita aos protocolos escolares como um campo exclusivo, no qual a normatividade é por demais cultuada e pouco flexível, restava-lhes e às suas famílias acreditarem que na diferença há algo de anormal que deve ser objeto de abordagem de especialistas e de instituições especiais.

Reféns desses protocolos e de uma sociabilidade amesquinhada enquanto campo de exercício de potencialidades e talentos, essas crianças e adolescentes, escolas e familiares, buscavam apoio nas equipes de saúde mental para promover seus encaminhamentos às instituições especiais. Havia um claro processo de submissão ao paradigma normativo vigente que promove a psicologização da diferença e seu consequente adoecimento levando, enfim, à exclusão social.

Impõe-se aqui mencionar que havia toda uma rede de serviços oferecidos a esse público-alvo, formada por clínicas de atendimento psicológico subsidiadas com recursos públicos – nas quais, por anos a fio, essas crianças receberam atendimentos tidos como especializados. Eram as clínicas da APAE¹; clínicas privadas; clínicas conveniadas com a Secretaria Municipal de Assistência Social, contratadas especialmente

¹ Associação de Pais e Amigos dos Excepcionais.

para assistir às crianças e adolescentes com deficiência; e, ainda, hospitais psiquiátricos infantis que atendiam tais demandas.

Deve-se ressaltar que, nos últimos anos houve uma intensificação no uso de medicamentos para o tratamento desses sintomas de “desadaptação” escolar, amplamente diagnosticada como Transtorno de Déficit de Atenção com Hiperatividade (TDAH), com grande difusão de prescrição de Ritalina (medicação indicada para hiperatividade), indiscriminadamente aplicada em crianças e adolescentes com alguma dificuldade de adequação aos padrões aceitáveis de “normalidade”.

Destacamos que, muitas vezes, os diagnósticos produzidos para crianças e adolescentes são feitos por diversos atores, para além dos profissionais da saúde. Não é incomum que as escolas, famílias, vizinhos, igrejas definam que determinado quadro clínico acomete alguma criança. Este aspecto da sociabilidade produz determinadas ondas de diagnósticos. No decorrer da história, pudemos identificar, nos primeiros anos do programa, os momentos em que houve encaminhamentos em massa de crianças tidas por deficientes intelectuais, crianças com distúrbios de comportamento e, mais recentemente, crianças com déficit de atenção e autistas.

Uma constatação no mínimo curiosa é que, muitas vezes, estes encaminhamentos feitos em onda são passivamente acatados pelos profissionais da saúde mental, cujo papel se restringe a fazer os repasses para escolas especiais e/ou clínicas conveniadas, ao invés de estabelecerem, num processo de escuta, uma condução ética e técnica dos casos. Foi a partir desta percepção que, como trabalhadora da rede pública, busquei outro caminho para lidar com esta situação. A resposta consistiu na criação do Projeto Arte da Saúde, em 1991, inicialmente como uma experiência piloto, a qual durou seis meses, desenvolvida no Centro de Saúde Vera Cruz, serviço no qual eu atuava como psicóloga.

Montei uma oficina de xilogravura, na qual fui a monitora para as crianças com caracterização genérica de “criança-problema”. Com uma ótima avaliação dos resultados, a proposta de sua implantação

em outros espaços da regional Leste foi aprovada por unanimidade em um seminário interno da Regional. Foi preciso, então, enfrentar o desafio de conseguir financiamento para concretizá-la, tendo em vista que à época a Saúde não dispunha de recursos para oficinas de arte e artesanato.

Em parceria com a Secretaria Municipal de Assistência Social, foi possível fazer um convênio com o Programa de Socialização Infanto-juvenil, atendendo à faixa etária de 6 a 14 anos. O projeto foi implantado na regional, sob minha condução, inicialmente oferecendo cinco oficinas de arte e artesanato. Após um ano foi montada a sexta oficina, atingindo uma oferta permanente de 120 vagas. Neste período em que o projeto existiu apenas na regional Leste, foram assistidos mais de 1000 crianças e adolescentes, para os quais buscamos fortalecer os laços com suas escolas e territórios.

Por cerca de uma década construímos parcerias e laços que contribuíram para que outras possibilidades de vida pudessem advir. Foi possível perceber, nas crianças e adolescentes participantes do projeto, um aumento na autoestima e um interesse em afirmar suas cidadanias.

Em sua concepção inicial, abarcando o período que vai de 1991 a 2008, consolidamos uma rede de interações e parcerias na qual se incluiu a comunidade, que nos cedia os locais de trabalho e os monitores, os quais eram moradores da comunidade selecionados por suas habilidades e talentos, além da capacidade de lidar com crianças. Acrescenta-se que alguns de nossos monitores eram usuários da saúde mental, cujo processo de inserção social, pelas vias dos Centros de Convivência, qualificava-os a tal prática. Também foi tecida parceria com o Fórum Mineiro de Saúde Mental, oferecendo além de todo o seu calendário de eventos, a lógica da desconstrução manicomial e de sua luta política; a Cáritas Brasileira – Regional Minas Gerais, que patrocinava eventos de formação política para as crianças e monitores; por fim, a Prefeitura de Belo Horizonte (PBH), por meio do convênio

com a Cáritas, viabilizava alimentação, recursos financeiros e materiais necessários para a realização das atividades.

Em 1999 o Projeto Arte da Saúde foi selecionado, dentre 732 inscritos, como um dos 10 melhores projetos em andamento no país no âmbito do Prêmio Itaú/Unicef – Educação e Participação, consolidando-se como referencial de atendimento de crianças e adolescentes em Belo Horizonte. Posteriormente, em todas as Conferências Municipais e Estaduais de Saúde, o Projeto Arte da Saúde figurou como diretriz a ser implantada como política pública municipal e estadual.

Após 15 anos de luta, decidimos, em 2006, documentar nossa prática com a edição de um vídeo, no qual crianças e adolescentes figuram como os principais atores: “Arte da Saúde – Atelier de Cidadania”. Esta foi uma das mais belas experiências que realizamos, permitindo a cada um de nossas crianças, adolescentes, monitores, profissionais da saúde mental, familiares e demais integrantes registrarem o significado e o valor dessa prática em suas vidas.

Projeto Arte da Saúde: uma presença na cidade

Após essa década de fértil funcionamento na regional Leste, em 2008, o Arte da Saúde foi incorporado pela PBH como uma diretriz no cuidado em saúde mental de crianças e adolescentes no município. Tornou-se uma política pública, expandido para todas as regionais, proporcionando uma cobertura de aproximadamente 50 oficinas na cidade e oferecendo 1200 vagas para o acolhimento de crianças e adolescentes. Do ponto de vista de sua consolidação, esse foi o passo mais significativo pois, enfim, traduziu-se em estrutura, alocação de recursos e profissionais e, sobretudo, evidenciou a força da lógica antimanicomial no cuidado em saúde mental desse público.

A título de registro, devemos mencionar que, após mais de uma década de tentativas, a Coordenação de Saúde Mental do município de Belo Horizonte atuou para que a Secretaria Municipal de Políticas Sociais descredenciasse as clínicas particulares conveniadas. Tais

clínicas eram destinadas ao atendimento de crianças e adolescentes com deficiência e graves comprometimentos psicomotores, mas que, na verdade, detinham uma ampla clientela formada por crianças com dificuldades escolares. Tal medida foi tomada em razão da avaliação negativa que se fez sobre os serviços prestados por tais clínicas, tendo em vista a precariedade de seus atendimentos, a comum utilização de métodos inadequados e seu caráter excludente. Como consequência desta medida, a Saúde Mental foi incumbida de viabilizar alternativas mais adequadas ao atendimento dessa clientela, tendo sido indicado o Arte da Saúde como uma das opções.

Desde então, o Arte da Saúde integra, efetivamente, o conjunto de dispositivos e de iniciativas municipais para o cuidado em saúde mental de crianças e adolescentes. Assim, numa visão geral, encontramos em cada regional de Belo Horizonte os serviços públicos de atendimento em saúde mental compostos por equipes básicas, parceiras das equipes da Estratégia de Saúde da Família e alocadas nos centros de saúde, dispondo de psicólogos e psiquiatras, e equipes completares, Centros de Referência em Saúde Mental Infanto-juvenis (CERSAMis) e o Arte da Saúde.

O Projeto Arte da Saúde constituiu-se, portanto, como uma resposta da saúde mental, na perspectiva antimanicomial do cuidado em liberdade e do respeito às diferenças. É uma resposta tecida a partir de um novo olhar que se lança sobre essas crianças e adolescentes, propondo-lhes caminhos outros que permitam saídas frente à contínua demanda por tratamento de suas diferenças e “desadaptações”. Seu principal objetivo é o de permitir-lhes um itinerário de inclusão social e de afirmação no mundo. Em sua essência, o projeto é tem uma lógica que busca viabilizar caminhos de inclusão e de crescimento. Nesse sentido, ele é também um articulador de outros programas existentes no território para acolher as crianças que, eventualmente, não foram contempladas com as oficinas oferecidas pelo Arte da Saúde.

Por sua abordagem, o projeto não tem como se furtar de uma crítica às práticas que promovem o adoecimento e a coisificação dessas crianças, normalmente apropriadas como objetos de suposta ação científica de especialistas e especialidades. Nesse sentido, mantém um exercício permanente de desconstrução de toda uma lógica discursiva, intensamente repercutida na mídia e patrocinada por saberes prontos, cujo foco é produzir novas entidades nosológicas, assegurando à sociedade novas técnicas e/ou saberes capazes de tratá-las, não raro em dada clínica, especialista, ou com a nova medicação recém-experimentada.

Instaurado no âmbito do serviço público, o Arte da Saúde busca transformar o itinerário dessas crianças e seus processos de adoecimento pelas vias da afirmação de talentos e aptidões, pelo exercício do direito de expressão, pelo resgate da cidadania. Tal fazer tem por base a consolidação da autoestima e, sobretudo, busca, através da afirmação de projetos individuais, a consolidação de laços sociais nos quais as crianças e adolescentes se coloquem no mundo como protagonistas, assenhoreando-se de suas escolhas, de seus direitos e responsabilidades, de sua ação política enquanto sujeitos-cidadãos.

Projeto Arte da Saúde: por uma tessitura do sujeito/cidadão

O Projeto Arte da Saúde esforçou-se para que práticas da saúde mental se sustentassem em parceria com a cultura, afastando-se assim da normatização social. Esta última sempre promove a apropriação de saberes, numa lógica que, em última instância, corrobora e colabora com a segregação e exclusão social. Essa mudança de postura se afirma como uma ação política transformadora. Com base nos paradigmas da luta antimanicomial, sustentamos uma prática em saúde mental cujo potencial de inclusão, pelas vias da intervenção no social, é um exercício político de afirmação no mundo. Mundo este que não busque apenas afirmar a doença onde haja desvios, divergências ou simples diferenças.

Do ponto de vista de uma metodologia de abordagem de tais questões, é importante apontar para uma necessária mudança de postura visando a abandonar um tecnicismo pragmático, calcado em padrões universitários que se distanciam das realidades individuais e/ou socioculturais. Essas abordagens, muitas vezes estão baseadas em respostas-padrão, cujos efeitos são a alienação pelas vias da destituição dos sujeitos. Nessa lógica, tenta-se muito mais dar cabimento às diferenças do que, meramente, classificá-las, em nome de uma ciência que menos visa a transformar o mundo que justificá-lo. A ideia é desconstruir todo esse itinerário por anos definido institucionalmente, fazendo do Arte da Saúde um experimento de inclusão que se alia ao fortalecimento da cidadania. Para isto, construímos uma abordagem cujo foco se estende de uma intervenção no social a uma intermediação nos processos de subjetivação. Isso se dá pela busca de uma alteração na sociabilidade, ampliando-a de modo que incorpore na cultura local, práticas e espaços de participação capazes de absorver o protagonismo infanto-juvenil.

Em nossa rotina cotidiana, partimos de uma prática singela: reunimos grupos de crianças e adolescentes, encaminhados às equipes de saúde mental, e, rotineiramente, os envolvemos em atividades de produção de arte e artesanato. Tais atividades ocorrem duas vezes por semana, durante todo o ano. As crianças que necessitam de atendimento psicológico permanecem com suas agendas nos centros de saúde enquanto desenvolvem tais práticas nas oficinas. Para além das atividades de produção – das quais decorrem exposições, mostras em galerias etc. – as crianças frequentam encontros e conferências públicas, participam de eventos na cidade, frequentam salas de cinema, atividades em centros culturais, dentre outras. Vários jovens tornaram-se monitores do projeto, bem como monitores de atividades desenvolvidas nas escolas aos finais de semana, em parceria com outros projetos governamentais, a exemplo do “Escola Aberta”, “Escola Integrada”, dentre outros. Com o passar do tempo, os monitores

tornam-se referências nas vidas das crianças, orientando-as de modo que se sintam instigadas, desejosas, capazes.

Devemos ressaltar que fomos pioneiros em reconhecer usuários de saúde mental como profissionais que podem ensinar para as crianças o que aprenderam nos Centros de Convivência e Cultura ou mesmo em suas trajetórias de vida. Alguns deles se firmaram conosco como artistas virtuosos que hoje se afirmam no mundo, referências fundamentais na vida de inúmeras crianças e adolescentes que com eles se formaram.

Ressaltamos que o Projeto Arte da Saúde não constitui prática definida como arteterapia, mas uma intervenção no social com vistas à constituição de uma sociabilidade que dê cabimento às diferenças. Busca-se nele a promoção do protagonismo de crianças e jovens a partir de seu predicar, do exercício de seus pontos de vista e da conquista de sua cidadania. Os efeitos terapêuticos desta experiência evidenciam-se pelos meios mais variados, que vão do adequado manejo do coletivo e da sustentação de seus laços transferenciais, pela produção de objetos e obras cujo resultado eleva o sujeito à condição de autoria e, por conseguinte, nele desperta o senso de autoestima. São primorosos os efeitos de manutenção de tais crianças em suas escolas, a partir de um processo de mudança subjetiva que as qualifica enquanto sujeitos capazes e desejantes. Soma-se a isso, os efeitos positivos promovidos pelas interações que as crianças têm em outros eventos, cursos, encontros, propiciando novas experiências afetivas e uma melhor interação com suas famílias.

Consideramos, por fim, fundamentais aos bons resultados do Arte da Saúde, o processo de constante aproximação com os familiares das crianças, quer em reuniões rotineiras que realizamos, quer em festas e eventos que promovemos, bem como por meio de visitas domiciliares de praxe realizadas quando, por exemplo, uma criança falta por mais de uma vez seguida às oficinas. Isso nos coloca mais próximos das famílias, consolidando o que chamamos de uma “atenção especial” a estas

crianças, conhecendo seu território, acompanhando o seu cotidiano etc. Também ressaltamos como importantes as relações mantidas com as escolas, onde buscamos um diálogo sobre os processos de cada criança, de modo a suscitar um novo estatuto capaz de demover os estereótipos até então usados para definir cada criança e adolescente.

Projeto Arte da Saúde: um articulador institucional

Não podemos deixar de fazer menção à importância do projeto como fundador, em sua prática, de uma política verdadeiramente intersetorial no campo da saúde mental. Desde seu início, o projeto mostrou-se viável em razão desta característica intersetorial, dado o seu envolvimento e compromisso com duas Secretarias Municipais, quais sejam a Secretaria Municipal de Saúde (Saúde Mental) e Secretaria Municipal de Assistência Social (Programa de Socialização Infanto-juvenil), suas parcerias com movimentos sociais e entidades da sociedade civil, como o Fórum Mineiro de Saúde Mental, Cáritas Brasileira – Regional Minas Gerais, bem como com a comunidade, quer com suas associações de bairro, quer com suas igrejas, por via das quais conquistamos espaços cedidos para nossa prática.

Dentro desta política intersetorial, ressaltamos a contribuição do projeto na construção dos Fóruns Regionais de Atenção à Criança e ao Adolescente. Tais fóruns viabilizaram-se por cerca de 20 anos e contaram com a participação dos diversos atores institucionais atuantes com as questões das infâncias e das adolescências. Seus encontros decorreram da necessidade de partilhar com os demais atores as questões que, anteriormente, eram encaminhadas apenas à saúde mental. A princípio, foi chamada a equipe da Educação, para entendermos quais os critérios que usava para encaminhar uma criança à saúde mental. Com o passar dos anos, entendemos que várias outras questões contemporâneas que dizem respeito às crianças e aos adolescentes somente poderiam ser abordadas no âmbito da intersectorialidade e, portanto, num processo de construção de rede: a violência, o trabalho infantil, a exploração e abuso sexual, o consumo prejudicial de drogas, os atos infracionais e

todas as outras vulnerabilidades que tocam à defesa dos direitos das crianças e dos adolescentes.

O Arte da Saúde visa, sobretudo, uma maior participação de crianças e adolescentes no mundo social, donde se pressupõe sua circulação na cidade, em seus bairros, em seus territórios, viabilizando um exercício da cidadania sustentado no senso de autoria e da indução ao protagonismo. Desta forma, propõe uma ação política no mundo, que visa também à produção de uma sociabilidade mais acolhedora e menos intolerante.

Projeto Arte da Saúde: desafios atuais

Todas as vantagens de sua consolidação como política pública são evidentes, conforme aqui descritas. Entretanto, passados 15 anos, é importante engajarmo-nos numa leitura crítica da situação atual para entendermos em que medida ainda guarda fidelidade à sua origem, aos seus princípios e aos elementos fundamentais que o fizeram funcionar tão bem. Tais elementos, elencados ao longo do texto, são essencialmente: a intersetorialidade; o protagonismo infanto-juvenil; a articulação com a comunidade; a concepção de uma clínica ampliada que promova, conjuntamente, os processos de subjetivação e de construção da cidadania; a constante formação e informação dos profissionais da Rede de Saúde Mental e das ESF sobre este outro paradigma político/clínico/institucional e sobre este outro olhar para o cuidado desse público.

Nesta perspectiva, o Arte da Saúde, hoje, necessita fortalecer a política intersetorial e os laços com os territórios. Fundamental também a aproximação com os familiares, envolvendo-os nas atividades, em rodas de conversa, inclusive na perspectiva de formação política desses atores no que concerne à luta antimanicomial. Quanto à prática, uma medida essencial é o fortalecimento das referências do projeto nos Centros de Saúde, responsáveis pelo encaminhamento e acompanhamento dos casos, retomando as reuniões com os monitores

com mais frequência, bem como a retomada dos espaços de diálogo intersetorial – como os fóruns de atenção à criança e ao adolescente, que existiam quando o projeto foi implantado.

Assim, é indispensável reafirmar essa política pública em seus aspectos originais, não permitindo o esvaziamento de seu significado e seu potencial transformador.

Centro de Convivência e Cultura: relato de experiência sobre a proposta de implantação no município de Varginha - Minas Gerais

Yara Aparecida Teixeira Dias
João Vinícius dos Santos Dias

Introdução

Este artigo é um relato de experiência que tem por objetivo descrever as etapas percorridas durante o processo de viabilização para a implantação de um Centro de Convivência e Cultura (CCC) no município de Varginha, localizado em Minas Gerais. Para o desenvolvimento da pesquisa, utilizou-se as observações relevantes que ocorreram durante todo o processo de implantação deste equipamento, como por exemplo: as visitas técnicas realizadas; os conteúdos das reuniões ocorridas com gestores, trabalhadores de saúde mental, comunidade e com outros setores; os encontros para a discussão sobre a implantação do serviço; e situações significativas que ocorreram para a efetivação do projeto.

O interesse pelo tema surgiu quando a autora deste projeto realizou um estágio no Centro de Atenção Psicossocial II (CAPS II) do município de Varginha, enquanto cursava a disciplina de saúde mental na graduação em Enfermagem, há cerca de 17 anos. Durante o estágio, observou-se que os usuários do CAPS frequentavam esse serviço como único espaço de socialização e inserção social, prevalecendo, então, o modelo médico-psicológico e a manutenção da segregação social.

Apesar dos grandes avanços na saúde mental com a implantação dos serviços substitutivos aos hospitais psiquiátricos, os profissionais de saúde precisam estar atentos para não reproduzirem práticas manicomiais e institucionalizantes dentro desses serviços. A experiência

da autora deste artigo vem de uma trajetória de oito anos atuando na rede de saúde mental do município de Varginha, na qual se identificou que a permanência dos usuários nesses serviços, muitas vezes, atende à demanda social de retirá-los do território e, conseqüentemente, das vistas da sociedade, o que sugere que ainda persiste uma forma de segregação social.

Amarante (2007) relata que a Psiquiatria se ocupou das doenças, esquecendo-se dos sujeitos ou colocando-os como coadjuvantes em relação às próprias doenças. Nessa lógica, o sujeito é colocado entre parênteses. Em contraposição a esta prática, Basaglia (1981) propõe colocar a doença entre parênteses para que a subjetividade e a singularidade do indivíduo que sofre psiquicamente possam aparecer. Para que isso pudesse ocorrer, os serviços substitutivos foram criados no processo da Reforma Psiquiátrica como espaços de acolhimento, cuidado, sociabilidade e produção de subjetividades.

No entanto, a prática nos serviços da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) local revela lacunas. É fundamental a criação de dispositivos que visem à inserção de usuários em outros campos da vida em sociedade. Percebemos a relevância de avançar para a chamada dimensão sociocultural e artística, como espaços possíveis de produção de autonomia, inclusão social, cuidado e cidadania (Amarante, 2007). Nesse sentido, a temática da implantação do Centro de Convivência e Cultura como mais um serviço substitutivo tem como objetivo construir um serviço que não esteja centrado no campo sanitário e patológico, em que a doença não seja o foco principal. Transformar a cultura manicomial significa instituir a pessoa que sofre de transtornos mentais como cidadão que ocupa um lugar na sociedade e não mais como propriedade do conhecimento médico.

A Reforma Psiquiátrica Brasileira e a criação dos serviços substitutivos

A Reforma Psiquiátrica no Brasil, iniciada no final da década de 1970, suscitou a necessidade de criação de serviços substitutivos aos manicômios e práticas medicocêntricas excludentes para cuidar de pessoas em sofrimento psíquico. Esses serviços buscam substituir o paradigma da doença mental para um paradigma que considera o sujeito em sua totalidade, levando em conta as diversas situações da vida que causam sofrimento psíquico. Essa mudança de paradigma é refletida nas políticas públicas que estabelecem e ampliam equipamentos de cuidado territoriais, garantindo a atenção psicossocial integral no campo da saúde mental.

Conforme Amarante, os serviços, nesta perspectiva,

devem ser entendidos como dispositivos estratégicos, como lugares de acolhimento, de cuidado e de trocas sociais. Enquanto serviços que lidam com as pessoas, e não com as doenças, devem ser lugares de sociabilidade e produção de subjetividades (Amarante, 2007, p. 69).

O autor supracitado aponta a Reforma Psiquiátrica como um processo social complexo e em permanente transformação, composto por quatro dimensões: teórico-conceitual, técnico-assistencial, jurídico-política e sociocultural. Essas dimensões se entrelaçam e se relacionam simultaneamente. De acordo com Torre (2018), não se pode reduzir a Reforma Psiquiátrica a uma reorganização de serviços médico-psicológicos e assistenciais exclusivamente. Sendo assim, a Reforma Psiquiátrica também se baseia na possibilidade de valorização da dimensão sociocultural, que visa promover transformações no imaginário social por meio de ações coletivas, de mobilização e invenção de novos modos de reprodução social. “A atenção aos portadores de transtornos mentais passa a ter como objetivo o pleno exercício de sua cidadania, e não somente o controle de sua sintomatologia” (Brasil, 2013, p. 21).

Segundo Alvarez, Silva e Oliveira (2016), a Lei n.º 10.216/2001 (Brasil, 2001), que define a Política Nacional de Saúde Mental no SUS, garante direitos e fomenta a criação de serviços indispensáveis para a manutenção da Reforma Psiquiátrica. Estes serviços substitutivos dos hospitais psiquiátricos visam ao cuidado ampliado comunitário, sustentando e proporcionando o cuidado em liberdade. Como equipamentos substitutivos podemos citar os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), os Serviços Residenciais Terapêuticos (SRT), os leitos em hospitais gerais com internações de curta permanência, as Unidades Básicas de Saúde (UBS), os serviços de urgência, os Centros de Convivência e Cultura (CCC), as Unidades de Acolhimento (UA), dentre outros. Tais dispositivos devem atuar em rede, entrelaçados e mutuamente responsáveis pelo cuidado.

O conceito de desinstitucionalização, logo, vai muito além da retirada dos institucionalizados e do fechamento de leitos em hospitais psiquiátricos. Para as pessoas institucionalizadas por longa permanência em hospitais psiquiátricos, foram criadas estratégias substitutivas na RAPS que garantem “o cuidado integral [...], na perspectiva da garantia de direitos com a promoção de autonomia e o exercício de cidadania, buscando-se sua progressiva inclusão social” (Brasil, 2014, art. 2).

De acordo com Andrade e Emerich (2020), no processo de desinstitucionalização, o Centro de Convivência e Cultura surge como um dispositivo que tem como características principais a intersetorialidade e a territorialidade. A proposta é deslocar a doença da hegemonia psiquiátrica/psicológica e demais especialidades do campo da saúde mental, rompendo com as práticas de medicalização e patologização da vida.

O contexto da Atenção Psicossocial em Varginha/MG

A cidade de Varginha está localizada na região Sul do Estado de Minas Gerais, possuindo uma população estimada de 138.000 habitantes (IBGE, 2023). O município possui pouca oferta de espaços

de arte e cultura, sendo que os existentes funcionam de maneira segregada, com baixa interlocução e divulgação.

A RAPS do município é composta atualmente por um Centro de Atenção Psicossocial II (CAPS II), um Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas (CAPS ad), um Centro de Atenção Psicossocial Infantojuvenil (CAPSi), um Ambulatório de Saúde Mental, quatro Unidades Básicas de Saúde (UBS) com vinte e seis equipes de Saúde da Família (ESF), Unidade de Pronto Atendimento (UPA), pronto atendimento em hospital geral, Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU) e dois leitos de saúde mental pactuados em hospital geral no município de Três Pontas, o qual faz divisa com Varginha.

O processo de investigação que resultou neste texto começou com o diagnóstico da necessidade do serviço no município, assim como das práticas institucionalizantes presentes nos CAPS. Este diagnóstico se deu a partir do acompanhamento das reuniões sobre casos clínicos da RAPS e nas reuniões intersetoriais, nas quais se verificou uma perpetuação da cultura manicomial e sanitarista. Diante disso, concluiu-se que a implantação de um Centro de Convivência e Cultura seria fundamental para fortalecer a RAPS e a política antimanicomial local. A partir da percepção da necessidade de implantar este serviço, buscou-se referências teóricas que embasassem o assunto e apoiassem a condução da experiência. Para isso, foi realizado um estudo bibliográfico sobre o serviço, com o objetivo de compreender a sua relevância e justificar a sua criação no município.

Com a realização desse estudo, foi possível demonstrar a importância da oferta de serviços e espaços voltados para a produção de arte, cultura e sociabilidade como práticas de promoção e cuidado em saúde mental. Isso viabilizou a implantação de um Centro de Convivência e Cultura no município, por fornecer subsídios importantes aos gestores responsáveis. A Resolução da Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais, SES/MG, n.º 8.160/2022 (Minas Gerais, 2022b), a qual instituiu incentivo financeiro para custeio destinado, dentre

outros serviços da Rede de Atenção Psicossocial, aos Centros de Convivência e Cultura, constituiu-se como uma importante aliada neste processo, possibilitando a concretização da implantação do dispositivo no município de Varginha. Desta maneira, o atesto técnico para a implantação foi assinado junto à Secretaria Estadual de Saúde (SES).

Arte e Saúde Mental: transformações individuais e coletivas

A arte e a cultura não devem existir apenas para entreter, capacitar ou transformar as classes elitizadas. Trata-se de uma manifestação de propriedade social que deve ser valorizada independentemente de onde surja, do período histórico, das classes econômicas ou sociais envolvidas. A arte é a expressão humana mais antiga que conhecemos, apresentada pelos primeiros humanos que ocuparam a terra, que contaram sua história para o mundo por meio de desenhos em paredes de pedra e artefatos construídos.

Todos são capazes de criar arte. Assim, essa manifestação humana apresenta-se como uma possibilidade para encontrar um espaço na sociedade e se expressar como ser humano. No campo da saúde mental, oportunizar esta ação é uma via possível de inscrição dos sujeitos postos à margem da sociedade, excluídos dela.

A partir da Reforma Psiquiátrica, podemos perceber o movimento para extrair da Psiquiatria o domínio da concepção e trato da loucura. Embasados nos direitos humanos e na humanização dos serviços, inicia-se um percurso claro no sentido de ações substitutivas à cultura manicomial de confinamento e anulação de sujeitos, bem como de mudança social e política sobre a concepção da loucura e da diferença. Nessa conjuntura,

[...] o campo artístico-cultural, da reforma psiquiátrica, com seus inúmeros projetos, grupos, artistas e produções, tem grande importância não somente como inovação nas políticas públicas de saúde, mas como componente fundamental para a transformação da relação social com a loucura e a diferença, e também para o fortalecimento das lutas dos movimentos sociais

e políticas da diversidade, da inclusão das pessoas em sofrimento mental e vulnerabilidade social (Torre, 2018, p. 14).

A produção que acontece no campo das artes, da cultura e do trabalho possibilita a inserção de significados para essas pessoas, inscrevendo o sujeito no âmbito social. A saída da abordagem biomédica retira-os dos serviços de saúde e os insere no mundo, o que é transformador para todos os envolvidos.

Amarante (2017) aborda e aponta a formação de vínculo entre as pessoas como fator preponderante para a produção de saúde e como opção antagônica para o processo de medicalização e patologização da vida. Os processos de inclusão social que englobam a arte e a cultura abarcam tanto ações individuais e singulares focadas no sujeito em sofrimento mental, quanto na transformação social do entorno. Através da arte, da cultura e do trabalho, o sujeito ocupa outro lugar na sociedade, que não o de inválido desqualificado, mas sim o de cidadão que é ressignificado por sua produção. Mesmo não sendo a terapêutica curativa, o principal fundamento das práticas inclusivas e inventivas, o cuidado horizontalizado na construção de projetos de vida, ocasiona positivities na saúde física e psíquica dos envolvidos.

Os Centros de Convivência e Cultura

A Portaria n.º 3.088, de 23 de dezembro de 2011 (Brasil, 2011), instituiu a Rede de Atenção Psicossocial para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). A partir desta portaria, os Centros de Convivência e Cultura (CCC) entraram na estrutura da Atenção Básica. Conforme o artigo 6º desta portaria, inciso III, os CCCs

são estratégicos para a inclusão social das pessoas com transtornos mentais e pessoas que fazem uso de crack, álcool e outras drogas, por meio da construção de espaços de convívio e sustentação das diferenças na comunidade e em variados espaços da cidade (Brasil, 2011, artigo 6º, inciso III).

Os Centros de Convivência e Cultura podem ser definidos como

dispositivos intersetoriais, inseridos em um território e com ele articulado, com o objetivo de promover espaços de convívio e participação social para todas as pessoas desse território, incluindo aquelas que vivenciam diferentes formas de exclusão” (Ferigato; Carvalho; Teixeira, 2016, p. 81).

Castro apresenta um conceito abrangente sobre o Centro de Convivência e Cultura, em que este

[...] é um dispositivo público que compõe a Rede de Atenção Psicossocial voltada à criação de espaço de sociabilidade, de produção e de intervenção na cidade. Um dispositivo que possibilita diversos encontros sob o eixo da amorosidade, diálogo, respeito à diversidade, participação popular, inclusão social e intersectorialidade, construindo um novo paradigma em saúde e cultura através de práticas coletivas e projetos que fomentam a reinserção social, o processo de ressignificação da vida e o exercício da cidadania (Castro, 2014, p. 138).

Através das atividades que tendem ao coletivo, o CCC é utilizado como meio para inserção dos usuários aos serviços de saúde, de educação e fomento ao exercício da cidadania. A equipe do CCC utiliza suas relações de trabalho e ações de cuidado para a circulação do sujeito pela Rede de Atenção Psicossocial, ampliando a rede intersectorial de apoio e autonomia, incentivando e propiciando ao indivíduo a mobilidade pela cidade e pelos diferentes espaços sociais.

Atualmente, não existe uma regulamentação que garanta o financiamento dos Centros de Convivência e Cultura pelo Governo Federal. No entanto, em Minas Gerais é possível sua implementação em razão do incentivo financeiro oferecido pelo estado mediante Resolução da Secretaria de Estado de Saúde.

O processo para implantação de um Centro de Convivência e Cultura em Varginha

A demanda de um Centro de Convivência e Cultura no município de Varginha vem se revelando na prática dos serviços, em decorrência dos poucos espaços de inserção social existentes. Essa constatação

se mostra recorrente nas reuniões intersetoriais, nas reuniões das equipes dos trabalhadores de saúde mental, nos matriciamentos de saúde mental e nos atendimentos de usuários e familiares.

Em consequência da relevância do CCC na cidade, promoveu-se uma discussão sobre a implantação desse serviço junto aos gestores municipais dos diversos setores envolvidos, seja no Conselho Municipal de Saúde, no Plano Municipal de Saúde e na Associação Mente Saudável – fundada por usuários, familiares e sociedade. Essas ações aconteceram entre os meses de julho de 2022 a janeiro de 2023.

Após a publicação da Resolução SES/MG n.º 8.160, de 18 de maio de 2022 (Minas Gerais, 2022b), buscou-se junto à Superintendência Regional de Saúde de Varginha a indicação de um Centro de Convivência e Cultura que fosse reconhecido por sua efetividade, para que fosse realizada uma visita técnica que oferecesse oportunidade de aprendizado. A Superintendência indicou o CCC de uma cidade de pequeno porte na região Sul de Minas Gerais e a visita técnica aconteceu no mês de julho de 2022. Fomos recebidos no serviço pelos representantes da gestão municipal, trabalhadores do CCC e usuários. Durante o percurso realizado na visita, foi possível coletar depoimentos dos usuários do serviço, em que se percebeu a importância do CCC na comunidade e sua potência na ressignificação de suas vidas através da arte e da cultura, entrelaçadas em uma contínua costura de pertencimento e cidadania. Foi observado no serviço visitado que a atividade de geração de renda, por meio de uma horta comunitária, proporciona muito orgulho e qualidade de vida.

Conforme o avanço dos estudos, foi realizada uma reunião com a Secretaria de Desenvolvimento Social Municipal (SEHAD), para firmar uma parceria entre esta e a Secretaria Municipal de Saúde na implantação do CCC. Nesta oportunidade foi feita uma apresentação sobre o que é o CCC, suas especificidades, recursos humanos e materiais e o impacto positivo esperado no município. A SEHAD pactuou ofertar espaços disponíveis para o funcionamento do CCC, bem como um

profissional de referência em cada local para atuar como facilitador entre as secretarias e os serviços. A ideia era utilizar espaços públicos já existentes.

Esta possibilidade dialoga com a indicação de Ferigato, Carvalho e Teixeira em que

Os Centros de Convivência podem hoje ser caracterizados como dispositivos híbridos ativadores de experiências que compõem a rede de saúde e que extrapolam as fronteiras sanitárias, promovendo ações intersetoriais e transdisciplinares (Ferigato; Carvalho; Teixeira, 2016, p. 159).

Os serviços municipais de saúde em Varginha organizam-se mediante uma divisão territorial em quatro quadrantes. Desse modo, a proposta foi montar duas equipes para a criação de dois CCC. Cada equipe foi responsável por dois quadrantes, atendendo às referidas populações desses territórios, sendo composta por um coordenador de nível superior, profissionais de nível superior ou médio (oficineiros, artistas plásticos, músicos, atores, artesãos, dentre outros), auxiliar administrativo e serviços gerais. Em extensão, estabeleceu-se que a equipe mínima é composta por um coordenador, doisicineiros, um auxiliar administrativo e um auxiliar de serviços gerais. O serviço deve funcionar de segunda a sexta-feira, no período de 30 horas semanais (Minas Gerais, 2022a).

O custeio dos recursos humanos referentes à composição da equipe mínima e os recursos materiais serão disponibilizados pela Secretaria Municipal de Saúde. Além da equipe mínima, o CCC priorizará a coparticipação de outros setores e profissionais, incluindo educadores físicos, espaço físico da Secretaria do Esporte, colaboradores da Secretaria de Cultura e da Secretaria de Educação, bem como estudo de parcerias com o setor privado, associações, ONG etc.

Conforme disposto na Deliberação CIB-SUS/MG n.º 3.767, de 22 de março de 2022,

Os Centros de Convivência e Cultura devem ser estimulados a realizar parcerias com associações, órgãos públicos, fundações,

ONG, empresas ou outras entidades, para captação de recursos financeiros ou equipamentos, realização de oficinas, troca de informações ou saberes, entre outras ações (Minas Gerais, 2022a, p. 10).

O CCC funcionará de portas abertas à população e às pessoas encaminhadas pela RAPS e pela rede intersetorial, sem distinção de faixa etária. Os atendimentos das crianças e adolescentes deverão respeitar o Estatuto da Criança e do Adolescente. A prioridade será a participação das pessoas em sofrimento mental, pessoas com necessidades decorrentes do uso de álcool e outras drogas e pessoas que estão em situação de vulnerabilidade. Para Ferigato (2013), os CCCs “se destinam especialmente para pessoas com diferentes limitações e vulnerabilidades, que optam voluntariamente por se agregarem em torno de um objetivo, atividade ou interesse comum” (p. 93).

As atividades e oficinas poderão acontecer em outros espaços da cidade, como o teatro, praças, quadras, conservatório de música, parques, museus e demais localidades que estejam disponíveis e que sejam de interesse dos usuários. O importante é valorizar e trocar as experiências, criar laços sociais e se apropriar da cidade.

O CCC produz circulação social através do deslocamento das pessoas, autonomia diante das escolhas dos materiais e atividades, ocupação de espaços públicos, exposições, venda das produções dos projetos de geração de renda, apresentações de práticas corporais. Enfim, encontro entre pessoas. Os usuários que apresentam dificuldades na locomoção poderão utilizar o transporte da saúde mental para frequentar o serviço.

É importante que as pessoas segregadas da sociedade tenham a oportunidade de se manifestarem na sociedade, favorecendo sua inclusão social. As indagações e considerações sobre quem são, o que gostam e o que têm a dizer sobre seus desejos e suas potencialidades somente são possíveis através das relações de afeto e de proximidade horizontalizada, que busquem romper com o imaginário social da loucura.

O impacto positivo na saúde mental das pessoas envolvidas é esperado e desejado. Todavia, as atividades ofertadas no serviço não se propõem a nenhuma forma de tratamento ou cura, mas possuem uma proposta de humanização, inclusão social das pessoas que se encontram excluídas e reconhecimento de seus direitos como cidadãos.

Considerações finais

Pode-se concluir, com a execução desse projeto, que os CCC têm grande importância e reconhecimento na promoção e cuidado em saúde, na inclusão social e na ruptura da cultura manicomial. Acredita-se que a implementação do serviço no município ampliará a rede de atenção psicossocial local, dando suporte aos cuidados territoriais.

Contudo, a falta de regulamentação e de financiamento federal trazem insegurança, fragilidade e precarização do serviço. Somente o incentivo estadual pontual para custeio e a manutenção financeira municipal dificultam a adesão do município na implementação e manutenção deste dispositivo. O CCC compõe os serviços da RAPS e os municípios que têm interesse em implementá-lo precisam regulamentar com legislação e recursos próprios. Para que isso ocorra, torna-se fundamental apresentar e fomentar o serviço junto à gestão municipal para que sua implementação se concretize, uma vez que sem a coparticipação do município fica impossibilitado o serviço.

Os desafios da implantação do CCC no município de Varginha são muitos, principalmente no que diz respeito ao desconhecimento da própria rede sobre o serviço, seu caráter fora do campo patológico e sua estrutura intersetorial. O caráter intersetorial do CCC expande as relações sociais para que o sujeito possa ocupar diferentes lugares da comunidade. Retira dos serviços de saúde a exclusividade, muitas vezes estigmatizante e possessiva, sobre os ditos transtornados.

Algumas etapas do processo de implementação do CCC no município de Varginha já foram concluídas: a realização do projeto inicial, o estudo bibliográfico com o levantamento da necessidade e

importância do projeto, bem como a assinatura do atesto técnico para a implantação do Centro de Convivência e Cultura junto à Secretaria Estadual de Saúde (SES). O projeto, atualmente, encontra-se na fase de pactuação com os outros setores municipais para que o município se comprometa com o serviço e inicie as atividades.

Há ainda que se buscar parcerias com outros setores, como a educação, trabalho, habitação, cultura, geração de renda, dentre outros espaços. Parcerias estas não somente para ofertar assistência integral aos que sofrem psiquicamente, mas, sobretudo, para a inclusão social viabilizada pela transformação do ideário social sobre a loucura. É preciso avançar e fortalecer a dimensão sociocultural para possibilitar uma sociedade que produza leis, práticas, diretrizes e conceitos antimanicomiais. Isso somente se torna possível através do envolvimento, participação e protagonismo social, processos também fortalecidos através dos Centros de Convivência e Cultura.

REFERÊNCIAS

ALVAREZ, Ariadna Patrícia Esteves; SILVA, Jessika Oliveira da; OLIVEIRA, Ana Caroline de Moraes. Centro de Convivência e Cultura: diálogos sobre autonomia e convivência. **ECOS: Estudos Contemporâneos da Subjetividade**, Campos dos Goytacases, RJ. V.6, n. 1, p. 5-19, jun. 2016.

AMARANTE, Paulo. **Saúde Mental e Atenção Psicossocial**. 1. Ed. Rio de Janeiro. Editora Fiocruz, 2007.

AMARANTE, Paulo. Medicalizar problemas cotidianos faz mais mal à saúde do que a depressão. [Entrevista cedida a] Eliane Bardanachvili. **CEE**. Centro de Estudos Estratégicos da Fiocruz. Rio de Janeiro, 23 de junho de 2017. Disponível em: <https://cee.fiocruz.br/?q=node/584>. Acesso em: 22 mar. 2023.

AMARANTE, Paulo; TORRE, Eduardo Henrique Guimarães. Loucura e diversidade cultural: inovação e ruptura nas experiências de arte e cultura da Reforma Psiquiátrica e do campo da Saúde Mental no Brasil. **Interface – Comunicação, Saúde, Educação**. 2017; 21(63):763-74

ANDRADE, Mariana Dias; EMERICH, Bruno Ferrari. “Mas na minha época”: encontros entre gerações em um centro de convivência - relato de experiência. **Rev. Psicol. UNESP [online]**. 2020, vol.19, n.spe, p. 103-124. Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S1984-90442020000200006&lng=pt&nrm=iso. Acesso em: 16 nov. 2022.

BASAGLIA, Franco. *Scritti I: 1953-1968. Dalla psichiatria fenomenologica all'esperienza di Gorizia*. Torino: Giulio Einaudi editore s.p.a., 1981.

BRASIL. **Lei nº 10.216, de 06 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. Brasília: Presidência da República, 2001. Disponível em: . Acesso em: 16 nov. 2022.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Portaria Nº 396, de 07 de julho de 2005**. Aprova diretrizes gerais para o Programa de Centros de Convivência e Cultura na rede de atenção em saúde mental do SUS. Publicada no DOU em 08/07/2005. Brasília: Diário Oficial da União, 2005.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Portaria nº 3.088, de 23 de dezembro de 2011**. Institui a rede de atenção Psicossocial para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília: Diário Oficial da União, 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Cadernos de Atenção Básica, n.34**. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. – Brasília: Ministério da Saúde, 2013. 176 p.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Portaria nº 2.840, de 29 dezembro de 2014**. Cria o Programa de Desinstitucionalização integrante do componente Estratégias de Desinstitucionalização da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), e institui o respectivo incentivo financeiro de custeio mensal.

CASTRO, Marla Borges de. **Implantação do Centro de Convivência e Cultura da Rede de Atenção Psicossocial de Goiânia: olhares dos usuários, trabalhadores e gestor**. 2014. Dissertação (Mestrado Profissional em Saúde Coletiva) – Núcleo de Estudos em Saúde Coletiva, Universidade Federal de Goiás, Goiânia, 2014.

CENTRO LATINO-AMERICANO E DO CARIBE DE INFORMAÇÃO EM CIÊNCIAS DA SAÚDE (BIREME). Organização Pan-americana de Saúde (OPAS). Organização Mundial de Saúde (OMS). **Guia BVS 2020**. São Paulo, 2020. Disponível em: <https://red.bvsalud.org/relatos-de-experiencias/>. Acesso em: 27 mar. 2023.

FERIGATO, Sabrina Helena. **Cartografia dos Centros de Convivência de Campinas: produzindo redes de encontros**. 2013. Tese (Doutorado em Saúde Coletiva) – Faculdade de Ciências Médicas, Universidade Estadual de Campinas, Campinas, 2013. Disponível em: <https://repositorio.unicamp.br/acervo/detalhe/906645>. Acesso em: 24 mar. 2023.

FERIGATO, Sabrina Helena; CARVALHO, Sérgio Resende; TEIXEIRA, Ricardo Rodrigues. Os centros de convivência: dispositivos híbridos para a produção de redes que extrapolam as fronteiras sanitárias. **Cad. Bras. Saúde Ment.** [online]. 2016, vol.8, n.20, p. 80-103. Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S1984-21472016000300006. Acesso em: 21 mar. 2023.

IBGE, Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Cidades e estados**. Disponível em: <https://www.ibge.gov.br/cidades-e-estados/mg/varginha.html>. Acesso em: 25 mar. 2023.

MINAS GERAIS, Secretaria de Estado de Saúde. **Deliberação CIB-SUS/MG nº 3.767, de 22 de março de 2022.** Aprova as diretrizes gerais dos serviços da Rede de Atenção Psicossocial – RAPS do Estado de Minas Gerais, que são cofinanciados pela Política Estadual de Saúde Mental, Álcool e outras Drogas e pela Política de Atenção Hospitalar – Valora Minas, no âmbito do estado de Minas Gerais e dá outras providências. Belo Horizonte: Diário Oficial do Estado de Minas Gerais, 2022a

MINAS GERAIS, Secretaria de Estado de Saúde. **Resolução nº 8.160, de 18 de maio de 2022.** Institui incentivo financeiro, referente à competência de 2022, para custeio destinado às Unidade de Acolhimento Adulto e infantojuvenil, equipes de Consultório de Rua habilitadas e os Centros de Convivência e Cultura em funcionamento, visando o cofinanciamento pela Política Estadual de Saúde Mental, Álcool e Outras Drogas do Estado de Minas Gerais e dá outras providências. Belo Horizonte: Diário Oficial do Estado de Minas Gerais, 2022b

TORRE, Eduardo Henrique Guimarães. **Saúde Mental, Loucura e Diversidade Cultural:** inovação e ruptura nas experiências de arte-cultura da Reforma Psiquiátrica e do campo da Saúde Mental no Brasil. 2018. Tese (Doutorado em Saúde Pública) – Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca, ENSP/FIOCRUZ, Rio de Janeiro, 2018.

Centros de Convivência e Cultura: sociabilidade, cultura e arte como possibilidades de sustentação do Cuidado em Saúde Mental¹

Jamile Alves Pereira
Daniela de Melo Gomes

Este trabalho tem como tema orientador a reflexão acerca da sustentação do cuidado em saúde mental a partir de estratégias de promoção da saúde, por meio de atividades relacionadas à arte, à cultura e à sociabilidade, em Centros de Convivência e Cultura (CECOs²).

1. O direito à arte e à cultura: o papel do Centro de Convivência e Cultura na construção de um novo lugar social para a Loucura

[...] Precisa acabar com essa história de que cultura é uma coisa extraordinária. Cultura é ordinária. Cultura é igual a feijão com arroz. É necessidade básica. Tem que estar na mesa, tem que estar na cesta básica de todo mundo³ (Gilberto Gil, 2003).

¹ Artigo embasado na Monografia, intitulada “CENTROS DE CONVIVÊNCIA E CULTURA: potencialidades e desafios na oferta do cuidado frente à política pública de saúde mental”, apresentada pela autora principal à Escola de Saúde Pública de Minas Gerais como requisito parcial para conclusão da Pós-Graduação lato sensu – Especialização em Políticas de Saúde Mental e Atenção Psicossocial, em 2023.

² Foram utilizados o termo “Centro de Convivência e Cultura” e a sigla “CECO” como uma escolha da autora, de forma a padronizar, na escrita, as diferentes nomenclaturas e siglas usadas para designar esse tipo de dispositivo substitutivo no Brasil: Centro de Convivência e Cultura, Centro de Convivência, Centro de Convivência e Cooperativa, Centro de Convivência e Arte.

³ Trecho de entrevista concedida pelo cantor, compositor, instrumentista e, na ocasião, Ministro da Cultura, Gilberto Gil (1942), durante participação na Festa Literária Internacional de Paraty/RJ, em 2003. Disponível em: <https://www.youtube.com/watch?v=Qeb2L3oZpzc>. Acesso em: 08 fev. 2022.

Oriunda do verbo latim *colere*, a palavra cultura significa cuidado, cultivo, se correlacionando, assim, com a ação que permite a realização das potencialidades, em sua totalidade, de algo ou alguém (Chauí, 2009).

Alvarez *et al.* (2022) definem a cultura como um conjunto de símbolos e signos produzidos por um coletivo, destacando seu potencial para criar e reforçar territórios de pertencimentos. Sampaio (2022), além de associar o conceito ao já mencionado sentido de pertencimento, o correlaciona também à expressão simbólica e a uma maneira de um humano se comunicar com o outro e, assim sendo, coloca que cultura pode ser entendida como uma maneira de compartilhar a experiência de mundo.

A autora supracitada conclui que a cultura é também um direito, afirmação esta que é amparada pela Declaração Universal dos Direitos Humanos, em seu artigo 27, que garante o direito à livre participação na vida cultural comunitária e à fruição das artes e, no Brasil, pela Constituição Federal, em seu artigo 205, que versa sobre o direito ao exercício da cultura, em suas múltiplas dimensões (Organização das Nações Unidas, 1948; Brasil, 1988).

O exercício da cultura está intimamente ligado ao da cidadania. De acordo com Marshall (1973)⁴, citado por Held, Barbosa e Rosa e Silva (1999), a cidadania relaciona-se ao pertencimento a uma comunidade, à igualdade na garantia, a cada indivíduo, de direitos e deveres, liberdades e impedimentos, poderes e responsabilidades. Segundo Saraceno (2011), ela é um direito em si e condição necessária para garantir a diversidade, bem como a saúde para todos. Apesar disso, esse direito permanece sendo negado a algumas pessoas.

De acordo com Amarante e Torre (2018), historicamente, a sociedade produziu espaços de reclusão para lidar com as pessoas que

⁴ MARSHALL, T. H. *Citizenship and Social Class*. In: **Class, Citizenship and Social Development**. Westport, Connecticut: Greenwood Press, 1973.

geravam algum incômodo social. Entre elas, aquelas com sofrimento mental. Dessa maneira, segundo os autores, o dito “louco” foi retirado da cidade, do trabalho, do lazer, da família, da cultura e da vida social.

Por todo o exposto, fica evidente que institucionalizar e apartar da sociedade são formas de desconsiderar o *status* de cidadã da pessoa em sofrimento mental. Cabe ressaltar que não se institucionaliza apenas quando se interna. Conforme Saraceno (2011), atribuir às pessoas em sofrimento mental apenas o *status* de “louco” e de doente mental também é institucionalizar. Ignorar sua história de vida, seus laços significativos, desejos, interesses, suas vivências e particularidades é uma forma de impedir que essas pessoas ocupem outro lugar que não o lugar institucionalizado da loucura.

Romper com essa lógica implica em não somente destruir o escândalo manicomial, mas também em reconstruir o sujeito que estava dentro da instituição. É necessário construir um lugar de cidadania para a loucura, o que envolve buscar seu “cabimento” na cidade (Lobosque, 2007; Saraceno, 2011).

É a partir dessas premissas que se consolidou a Reforma Psiquiátrica Brasileira. Este é um movimento político e social iniciado na década de 1970, aliado aos movimentos de Luta Antimanicomial. Ele coloca-se na função de reestruturar a assistência às pessoas em sofrimento mental, rompendo com a lógica excludente, através da produção de espaços de cuidado em saúde mental no território e articulados em rede.

Amarante e Torre (2018) enfatizam que as estruturas manicomiais precisam ser substituídas por espaços de produção cultural e econômica, que permitam a participação na vida da cidade. Destacam a potência da arte-cultura como instrumento para repensar o lugar social da loucura e da diferença, favorecendo sua inserção na cidade e na democracia e contribuindo para a reapropriação da cidade pelas pessoas que foram excluídas por não se adequarem aos padrões de normalidade ditados pela sociedade.

Lima *et al.* (2021, p. 422) salientam que a Luta Antimanicomial tem “como um de seus princípios a ideia de que a aproximação à experiência da loucura deveria se dar no espaço cultural”. Os autores vão além: afirmam tanto a saúde quanto a cultura como direitos e ponderam sobre o fato de que as práticas culturais podem produzir saúde, bem como dizem entender que as práticas de saúde também têm potencial para produzir arte e cultura. Para eles, na atenção psicossocial, essa relação mútua entre arte e saúde contribui para ruptura com a estigmatização, para a ampliação dos territórios e para a ressignificação do sofrimento.

Ferigato, Carvalho e Teixeira (2016) citam a cultura como aparato que permite construir os direitos à vida e à cidadania, e que oportuniza a criação de novos conhecimentos, valores e formas de conceber e ofertar cuidado às pessoas em sofrimento mental.

No campo da saúde mental, as oficinas materializam a articulação entre a arte, a cultura e a saúde, ao introduzirem, por meio de espaços coletivos de aprendizado, de trocas sociais, expressão, participação, convivência, uma nova forma de cuidado (Lima *et al.*, 2021). Nos CECOs, essa articulação é proeminente, já que, nesse dispositivo, elas se tornam a principal ferramenta de trabalho. Por meio das atividades grupais, esses dispositivos da Rede de Atenção Psicossocial⁵ (RAPS) oferecem espaços de socialização, produção cultural e intervenção na cidade (Schenkel *et al.*, 2022).

2. Liberdade como modo de cuidado: integração social e fruição da cidade

Um serviço de saúde mental não deve ser comunitário apenas pelo fato de estar inserido em uma comunidade específica. Ele deve desenvolver ações e estratégias que se deem em constante integração

⁵ Instituída pela Portaria nº 3.088, de 23 de dezembro de 2011, com o objetivo de criar, ampliar e articular os pontos de atenção “à saúde para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS)” (Brasil, 2011, art. 1).

com a comunidade circundante, com os recursos que ela oferece, com os dispositivos nela presentes. Há que se construir, portanto, ações que possibilitem a socialização do conhecimento, o estabelecimento de uma relação contínua de cuidado que construa uma perspectiva entre o território geográfico e o território existencial (Lancetti, 2006; Saraceno, 2011).

Em consonância com essas afirmações, Lima *et al.* (2021) chamam atenção para a necessidade de que o território ao qual pertence o CECO seja explorado, favorecendo o estreitamento do vínculo com a cidade e a descoberta de suas possibilidades e potencialidades de agenciar encontros e singularidades.

A necessidade de exploração e estreitamento de vínculos com o território implica também na necessidade da articulação em rede. Para Regne *et al.* (2018, p. 69), os CECOs operam no cuidado em rede, sendo “estruturados para a produção cultural e artística e objetivam promover a reinserção social, ou seja, são serviços relacionados à liberdade, vínculo, participação, invenção e comunidade”.

Neste sentido, as atividades ofertadas nos CECOs não devem, como objetivo, se encerrar em si mesmas. De acordo com Soares e Reinaldo (2010), a proposta antimanicomial reveste a clínica de um caráter político-social e as oficinas deixam de ser vistas como recurso para ocupação do tempo ocioso e passam a ser reconhecidas pelas suas potencialidades de contribuir para uma

[...] produção subjetiva capaz de transformar a relação, historicamente construída e propalada, entre a loucura e a sociedade, favorecendo a convivência e a comunicação com o outro, em um processo contínuo de exercício da cidadania e de (re)inserção social (Soares; Reinaldo, 2010, p. 392).

Em concordância, Dias (2018) diz entender as oficinas em saúde mental como ferramentas tanto clínicas, quanto políticas, para o processo de desinstitucionalização da loucura e de fomento à construção de vínculos sociais das pessoas em sofrimento mental, o que possibilita a sua reinserção psicossocial. Enfatiza que as atividades

desenvolvidas pelo CECO não se restringem ao seu espaço físico, exatamente pelo fato de que, segundo ela, seu objetivo final é esta reinserção somada à reapropriação do meio social por seus usuários, de forma a reforçar seu senso de pertencimento à comunidade. A reinserção comunitária oportuniza a convivência, por meio da qual, de acordo com Alvarez *et al.* (2022 p. 522) “são construídas novas formas de subjetividade e existência, ocorrendo a produção de saúde”.

Caçapava, Colvero e Pereira (2009), enfatizam que os princípios do SUS (integralidade, universalidade, equidade, descentralização e participação da comunidade) reconhecem direitos cidadãos e destacam o fato de que não há como produzir saúde mental sem se considerarem os determinantes sociais do processo saúde-doença. Isso leva à necessidade de se reconhecer a importância da saúde do coletivo e da inclusão em grupos sociais no território.

As pesquisadoras acima referenciadas ponderam que as Políticas de Saúde Mental e de Promoção da Saúde, articuladas, potencializam a atenção integral ao usuário. Para elas, isso faz do CECO um lugar de produção de sentido para a vida das pessoas com sofrimento mental, uma vez que as ações intersetoriais por ele promovidas (nos campos trabalho, da cultura, do lazer, da convivência) são capazes de fortalecer laços e inclusão social.

Como todo grupo social advém de uma organização relacional e de uma cultura e, como a ação prioritária do CECO se dá no campo da cultura (e não no da saúde), o dispositivo se reveste de valor estratégico para viabilizar a inclusão social. Desta forma, as práticas comunitárias, amparadas no campo psicossocial, são uma afirmação dos direitos à cidadania e à autonomia dos sujeitos (Cotta; Castro; Botti, 2010; Damasceno; Reinaldo, 2009; Lopes; Reinaldo, 2012; Monteiro; Silva; Reinaldo, 2022; Silveira; Soares; Reinaldo, 2010; Soares; Silveira; Reinaldo, 2010; Zago; Terzis; Padilha, 2014).

O estímulo à sociabilidade e à intervenção na cidade como marca da atuação dos CECOs é papel importante do dispositivo. O potencial

dessas ações no estímulo à (re)inserção social, no campo da cultura, à fruição da cidade é forma de resgate de direitos à cidadania e à autonomia. É necessário, portanto, buscarem-se novas possibilidades de intervenção, criá-las em conjunto com os usuários do serviço, estar, de fato, na comunidade, ativando seus recursos, valorizando os aspectos peculiares da vida cotidiana dos indivíduos, permitindo novas formas de eles se relacionarem. É desta maneira que o CECO pode colaborar para a reapropriação do meio social pelas pessoas com sofrimento mental e contribuir para seu senso de pertencimento à comunidade, para o aumento de sua cidadania e autonomia.

3. A arte como potência

Permita que eu fale
Não as minhas cicatrizes (Emicida, 2019)⁶.

Ferigato (2016) diz considerar que a principal produção dos CECOs é o que ela chama de produção de encontros: entre pessoas, conhecimentos, setores, com a cidade e com as atividades. Dentre os encontros viabilizados pelo CECO está o encontro com a arte. Caçapava, Colvero e Pereira (2009) afirmam que produção de cuidado no CECO se dá, entre outras formas, a partir das artes o que, segundo elas, redefine possibilidades no campo da atenção psicossocial.

No campo da saúde mental, a arte é um instrumento de produção de outros significados em uma arena não governada pela racionalidade formal, previamente negociada pelo acerto social, e por isso propicia a liberdade de transformar as coisas (Amarante, 2022 *apud* Lavor; Dominguez, 2022, p. 14)⁷.

⁶ Trecho da música “AmarElo”, lançada em 2019, no álbum de mesmo nome, pelo rapper, cantor, compositor e apresentador Emicida (1985).

⁷ Autores se referem à fala de Paulo Amarante durante sua participação no 8º Congresso Brasileiro de Saúde Mental, em 2022.

A psicóloga, filósofa, psicanalista e escritora Viviane Mosé⁸, disse entender o que chama de desequilíbrios como motores para a criação que, se não é possibilitada, dá lugar ao adoecimento. De acordo com ela, “a maioria das doenças que as pessoas têm são poemas presos. Abscessos, tumores, nódulos, pedras são palavras calcificadas, são poemas sem vazão”. Ainda segundo Viviane, “a negação da arte nos hospitaliza” (Lavor; Dominguez, 2022, p. 15). Dessas afirmações, pode-se apreender que a vivência da arte está intrinsecamente ligada à produção de saúde e que vivenciar a arte não é apenas consumi-la. É também, produzi-la.

Paulo Amarante, conforme relatado por Lavor e Dominguez (2022), aponta a emancipação da pessoa em sofrimento mental, fomentada pelos serviços substitutivos e pelo contato com a arte, como possibilidade de ela ser reconhecida não pela condição de paciente, mas de artista. Enfatiza o deslocamento de identidade que se estabelece, a partir da arte que, segundo ele, é capaz de mudar a relação que o sujeito tem consigo próprio, na medida em que ela o transforma em alguém que é capaz de produzir conhecimento, arte e cultura.

Em consonância com as afirmações acima, Pacheco e Silva (2018) ressaltam que, no CECO, a arte (assim como outras estratégias) se configura como possibilidade de produção de vida. Dessa maneira, destacam os autores, esse serviço substitutivo, que extrapola o campo da saúde e se estrutura no campo da cultura, contribui para o acolhimento das potencialidades do “louco” e para a constituição de um novo lugar social para a loucura. A referida transformação, para acontecer, precisa enfrentar o desafio da ruptura de estigmas imputados às pessoas em sofrimento mental.

Pontes (2021) aborda o CECO como o resultado pela busca da produção de vida. A autora problematiza que, muito embora a política

⁸ Autores aludem à fala de Viviane Mosé no evento supracitado.

antimanicomial preconize um cuidado fundamentado na clínica ampliada e na compreensão, dentre outras possibilidades, da arte como forma de agenciamento e ancoragem à vida, algumas produções artísticas não são reconhecidas como tais.

A autora diz que as exclusões historicamente constituídas produzem segregação no campo da arte, destacando que aquele que é colocado em uma posição de subalternidade não tem permissão para falar e não tem sua arte reconhecida. “Se aquelas vidas não importam, por que seus discursos importariam?” (Pontes, 2021, p. 440). Neste sentido, ela aponta a importância da legitimação tanto da linguagem, quanto da criação cultural, das pessoas em sofrimento mental. Destaca ainda que, no campo da saúde mental, como ambiente de mediação cultural, a arte e a criação não são apenas ferramentas, mas produtoras de transformação, possibilidades, segundo ela, de ressignificar o sofrimento em possibilidade de vida, novas maneiras de se relacionar e estar.

O encontro com a arte, promovido pelos CECOs, proporciona encontros entre as pessoas e possibilita modificar a forma de se relacionarem. Ferigato (2016) pontua que esses dispositivos permitem a produção de redes sociais, afetivas e subjetivas, a inclusão e afirmação da diferença. Cris Lopes, de acordo com Lavor e Dominguez (2022)⁹, definiu a arte como um instrumento que permite conviver com as diferenças, aqui incluída a loucura, e como ferramenta de luta contra as desigualdades.

A arte, então, é meio de expressão e, sobretudo, forma de (re) conquista do direito de expressar-se. No CECO, o uso da arte como cuidado é forma de possibilitar que essas transformações se operem e que a loucura seja desinstitucionalizada, não somente de instituições totais, mas da instituição-doença. A potência da arte no campo da

⁹ Referindo-se à participação de Cris Lopes também no 8º Congresso Brasileiro de Saúde Mental, em 2022.

saúde mental está no fato de se configurar em uma ferramenta de transformação individual e coletiva e, por isso, sua pertinência como estratégia de cuidado no CECO.

4. A política do retrocesso: desafios à consolidação dos CECOS

É você que ama o passado e que não vê¹⁰ (Belchior, 1976)

Apesar de o acesso à saúde e à cultura serem direitos e formas de inclusão social da diferença; apesar da importância da dimensão sociocultural para a consolidação da Reforma Psiquiátrica Brasileira e da importância dos CECOs para abarcá-la, o contexto político brasileiro acarretou um avanço limitado da dimensão sociocultural da desinstitucionalização (Schenkel *et al.*, 2022), o que pode ser demonstrado, entre outros aspectos, pelo ainda reduzido número de CECOs implantados no Brasil, quando comparados a outros dispositivos da RAPS¹¹, por exemplo.

Regne *et al.* (2018), consideram que o ideal asilar e excludente, manifesto em medidas adotadas na esfera governamental, ressurgue frequentemente, afetando a política de saúde mental brasileira. Segundo Pontes (2021) apesar da legislação que respalda a Reforma

¹⁰ Trecho da música “Como Nossos Pais”, composta e gravada, em 1976, pelo cantor, compositor, músico, produtor, artista plástico e professor Belchior (1946-2017), integrando seu disco “Alucinação”.

¹¹ Achados da autora principal, em levantamento realizado em 09 de outubro de 2022, revelam que estavam registrados no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES), dois mil setecentos e sessenta e um (2761) Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), nas suas mais diversas modalidades, em contraposição aos apenas quarenta e seis (46) dispositivos em funcionamento, registrados como “Centro de Convivência” no mesmo cadastro (Brasil, 2022). Cabe ressaltar que há imprecisão nos dados levantados, considerando que muitos CECOS funcionam sem número de CNES ou sem número de CNES próprio (estando vinculados ao registro de outros dispositivos como CAPS e UBS). Ademais, quando registrados, a falta de padronização no cadastro gera dificuldade em fazer uma distinção entre dispositivos de saúde mental e os centros de convivência destinados a outros públicos e finalidades (como para idosos, adolescentes, para reabilitação física, dentre outros).

Psiquiátrica e da consolidação dos movimentos de Luta Antimanicomial, retrocessos importantes têm afetado as garantias de direitos no campo da saúde mental brasileira.

Algumas mudanças na política pública de saúde mental no Brasil impõem desafios à consolidação do CECO e à oferta de cuidado neste serviço (Lussi; Leão; Dimov, 2022; Pacheco; Silva, 2018; Pontes, 2021; Regne *et al.*, 2018). Dentre essas mudanças, algumas podem ser destacadas. Pacheco e Silva (2018) salientam que a manutenção e a ampliação do CECO foram comprometidas tanto com a revogação, pelo Ministério da Saúde, da Portaria n.º 396/2005 (Brasil, 2005b)¹² quanto pelo fato de que, em seu lugar, não foi promulgada nova normativa em nível nacional que tratasse da sua implantação, do seu financiamento e do seu funcionamento. Para Alvarez, Almeida e Figueiredo (2021), a ausência dessa normatização fragiliza a sustentação do dispositivo.

Além disso, pode-se destacar apontamento de Franco (2022), a qual afirma que, desde o ano de 2017, o cuidado em liberdade, os mecanismos de fomento à inclusão comunitária e à participação social (como a arte, por exemplo), dentre tantos outros avanços conquistados pela Reforma Psiquiátrica Brasileira, fundamentados no respeito ao direito das pessoas com sofrimento mental, vêm sendo alvo de críticas. As críticas ao modelo antimanicomial culminam com as recorrentes tentativas de desmonte da política pública de saúde mental no país.

Para Lussi, Leão e Dimov (2022), os retrocessos na Política Nacional de Saúde Mental são evidências de que a ideologia manicomial, amparada pelo poder biomédico, persevera no país. Elas acrescentam que esses desmontes na política pública de saúde mental são culminância de um processo de severos acontecimentos no contexto político nacional, que se desenrolaram entre os anos de 2016 e 2019.

¹² A portaria, que estabelecia diretrizes gerais de funcionamento dos Centros de Convivência, foi revogada pela Portaria n.º 1.187, de 13 de julho de 2005 (Brasil, 2005a).

O Conselho Estadual de Saúde de Minas Gerais (2018) atribui à Portaria n.º 3.588/2017¹³ (Brasil, 2017) a responsabilidade por graves retrocessos da Reforma Psiquiátrica. Para a entidade, a normativa trouxe mudanças na RAPS que representavam um enfraquecimento dos serviços de base territorial, substitutivos ao modelo hospitalocêntrico, fortalecendo a implantação de serviços manicomiais, que restringem a liberdade e a autonomia. Dentre essas mudanças, pode-se citar o fato de ela não incluir CECO no texto descritivo da RAPS.

Por todo exposto, fica evidenciado que a luta por um cuidado em saúde mental pautado no direito fundamental à liberdade, à dignidade e à cidadania ainda se vê em um embate constante frente a um constructo social que tende à exclusão social da loucura. Neste contexto, é importante destacar a fala de Regne *et al.* (2018, p.71), quando concluem que “o contraponto ao retrocesso é a memória histórica e a defesa dos princípios da reforma psiquiátrica no Brasil”. Isso implica em compreender que, muito embora os movimentos de Luta Antimanicomial tenham produzido incontestáveis avanços na mudança do paradigma de cuidado em saúde mental no país, as reinvestidas do manicômio exigem que a luta pelos direitos das pessoas em sofrimento mental seja constante.

5. Considerações finais

O CECO tem diversas potencialidades que o tornam um dispositivo estratégico para inclusão social de pessoas em sofrimento mental. Dentre elas, as possibilidades de: estímulo à (re)construção de laços sociais; criação e fortalecimento dos territórios de vida e de pertencimento; (re)inserção na cidade, na democracia; aumento do controle social na política pública; ruptura de estigmas; acesso a

¹³ A portaria que, ao ser publicada, deixou de incluir o CECO no texto da Política Nacional de Saúde Mental, foi revogada pela Portaria GM/MS n.º 757, de 21 de junho de 2023 (Brasil, 2023).

direitos; expressão; desenvolvimento de habilidades; produção de vida. Enfim, a construção de um novo lugar social para a loucura.

O potencial do CECO se efetiva a partir de estratégias coletivas das mais diversas, tais como atividades/práticas de cunho político, artístico, cultural, esportivo, recreativo, de cuidados com a saúde física, de geração de trabalho e renda. É fundamental que essas práticas se deem em articulação intersetorial, em constante trânsito com a comunidade.

As inúmeras potencialidades desse dispositivo, porém, contrastam com a efetivação de sua implementação pelo território nacional, o que é demonstrado pelo ainda reduzido número de CECOs em funcionamento no país.

Os retrocessos na política pública de saúde mental brasileira são importantes dificultadores para o avanço sociocultural da Reforma Psiquiátrica Brasileira, uma vez que se figuram como respaldo governamental (por meio de normativas e financiamento) a medidas que desrespeitam a liberdade das pessoas em sofrimento mental e violam sua integridade moral e física, em detrimento da regulamentação e financiamento do CECO. Mudanças estas que são contrárias aos direitos de cidadania e aos princípios da Reforma Psiquiátrica.

Cabe ressaltar, porém, que muito embora a legislação seja fundamental para a consolidação do CECO, é no compromisso cotidiano com a Luta Antimanicomial que este serviço se estrutura. A política se faz no dia a dia, a cada pequena ação, pautada no acolhimento, na escuta, no respeito à singularidade, no compromisso com a ética do cuidado, com a ruptura das agressões e cisões que a desigualdade cria, com o resgate de dívidas históricas, com o fortalecimento à participação social e ao protagonismo da pessoa em sofrimento mental. Os movimentos de luta são capazes de gerar mudanças na legislação.

REFERÊNCIAS

ALVAREZ, Ariadna Patricia Estevez; ALMEIDA, Neli Maria de Castro; SILVA, Claudia Osório da; RAMÔA, Marise de Leão; FILIPPO, Rita de Cassia Vieira; SILVA, Isabella Cunha Alves da; VIEIRA, Cláudia da Rocha; FERREIRA, Isabela Lopes. Centro de Convivência Virtual: potencialidades e desafios para a promoção da saúde e redes de afeto em tempos de pandemia. **Revista Eletrônica de Comunicação, Informação & Inovação em Saúde**, Rio de Janeiro, v. 16, n. 3, p. 517-529, jul./set. 2022.

ALVAREZ, Ariadna Patricia Estevez; ALMEIDA, Neli Maria de Castro; FIGUEIREDO, Angela Pereira. Por uma política da convivência: movimentos instituintes na Reforma Psiquiátrica Brasileira. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 44, p. 1300-1311, ou./dez. 2021.

AMARANTE, Paulo; TORRE, Eduardo Henrique Guimarães. “De volta à cidade, sr. cidadão!”- reforma psiquiátrica e participação social: do isolamento institucional ao movimento antimanicomial. **Revista de Administração Pública**, Rio de Janeiro, v. 52, p. 1090-1107, Nov./dez. 2018.

BELCHIOR. [Compositor e Intérprete]. **Como Nossos Pais** Rio de Janeiro: PolyGram, 1976. 1 LP (4:40 min).

BRASIL. [Constituição (1988)]. **Constituição da República Federativa do Brasil de 1988**. Brasília, DF: Presidência da República, [2020]. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm. Acesso em 29 dez. 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. **CNES: Cadastro Nacional de Estabelecimentos em Saúde**. 2022. Disponível em: <http://CNES.datasus.gov.br/pages/estabelecimentos/consulta.jsp>. Acesso em: 09 out. 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria GM/MS nº 757 de 21 de junho de 2023**. Revoga a Portaria GM/MS 3.588, de 21 de dezembro de 2017, e dispositivos das Portarias de Consolidação GM/MS nº 3 e 6, de 28 de setembro de 2017, e repristina redações. **Diário Oficial da União**. Brasília, DF, 22 jun. 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 1.187, de 13 de julho de 2005**. **Diário Oficial da União**: seção 1, Brasília, DF, p. 87, 2005a.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 3.088, de 23 de dezembro de 2011**. Institui a Rede de Atenção Psicossocial para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). **Diário Oficial da União**. Brasília, DF, 30 dez. 2011. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt3088_23_12_2011_rep.html. Acesso em: 08 out. 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 3.588, de 21 de dezembro de 2017**. **Diário Oficial da União**. Brasília, DF, 22 dez. 2017. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt3588_22_12_2017.html. Acesso em 08 out. 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 396 de 07 de julho de 2005**. Aprova diretrizes gerais para o Programa de Centros de Convivência e Cultura na rede de atenção em saúde mental do SUS. **Diário Oficial da União**. Brasília,

DF, 8 jul. 2005b. Disponível em: https://bvsmis.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2005/prt1169_07_07_2005.html. Acesso em: 08 out. 2022.

CAÇAPAVA, Juliana Reale; COLVERO, Luciana de Almeida; PEREIRA, Isabel Maria Teixeira Bicudo. A interface entre as políticas públicas de saúde mental e promoção da saúde. **Saúde e Sociedade**, São Paulo, v. 18, p. 446-455, jul./set. 2009.

CHAUÍ, Marilena. **Cultura e democracia**. 2 ed. Salvador: Secretaria de Cultura, Fundação Pedro Calmon, 2009. 68p.

CONSELHO ESTADUAL DE SAÚDE DE MINAS GERAIS. Comentários acerca da **Portaria nº 3.588, de 21 de dezembro de 2017**, do Ministério da Saúde: alerta sobre os graves retrocessos da Reforma Psiquiátrica Brasileira em tempos sombrios. 2018, 22 p.

COTTA, Edson Mascarenhas; CASTRO, Ana Carolina Henriques Oliveira Amaral de; BOTTI, Nadja Cristiane Lappann. Oficina Bem Viver: Construção de tecnologias e significados de educação em saúde na área da saúde mental. **Revista Eletrônica Saúde Mental Álcool e Drogas (Edição em Português)**, São Paulo, v. 6, p. 471-492, nov. 2010.

DAMASCENO, Eduardo Caires; REINALDO, Amanda Márcia dos Santos. Oficinas terapêuticas para hábitos de vida saudável no Centro de Convivência Arthur Bispo do Rosário: relato de experiência. **Cogitare Enfermagem**, Curitiba, v. 14, n. 1, p. 178-182, jan./mar. 2009.

DIAS, Janiele Daniane da Silva. Oficinas terapêuticas como estratégia para reinserção psicossocial e produção de vínculo. **Pretextos-Revista da Graduação em Psicologia da PUC Minas**, Belo Horizonte, v. 3, n. 5, p. 129-145, jan./jun. 2018.

EMICIDA. [Compositor e Intérprete]. **AmarElo**. São Paulo: Sony Music, 2019. (5:23 min).

FERIGATO, Sabrina Helena. Cartografia dos Centros de Convivência de Campinas: produzindo redes de encontros. **Revista de Terapia Ocupacional da Universidade de São Paulo**, São Paulo, v. 27, n. 1, p. 12-20, jan./abr. 2016.

FERIGATO, Sabrina Helena; CARVALHO, Sérgio Resende; TEIXEIRA, Ricardo Rodrigues. Os Centros de Convivência: dispositivos híbridos para a produção de redes que extrapolam as fronteiras sanitárias. **Cadernos Brasileiros de Saúde Mental**, Florianópolis, v. 8, n. 20, p. 79-100, dez. 2016.

FRANCO, Justa Helena. Saúde mental no Brasil e o lucrativo mercado. **Revista Radis**, Rio de Janeiro, n. 240, p. 3, set., 2022.

GIL MINISTRO DA CULTURA EM PARATY / 2003, [S.l.: s.n.], 2008. 1 vídeo (5:52 min). Publicado pelo canal Gilberto Gil. Disponível em: <https://www.youtube.com/watch?v=Qeb2L3oZpzc>. Acesso em: 08 fev. 2022.

HELD, David; BARBOSA, Agnaldo de Souza; ROSA E SILVA, Ana Maria de Oliveira. Cidadania e autonomia. **Perspectivas: Revista de Ciências Sociais**, São Paulo, v. 22, p. 201-231, nov. 1999.

LANCETTI, Antônio. **Clínica Peripatética**. São Paulo: Hucitec, 2006.

LAVOR, Adriano de; DOMINGUEZ, Bruno. A arte que transforma: Congresso Brasileiro de Saúde Mental resgata Semana de 22 e (re) atualiza potências da democracia e da Luta Antimanicomial. **Revista Radis**, Rio de Janeiro, n. 240, p. 11-21, set., 2022.

LIMA, Daniele Vitória; CAMPELO, Camila Barbosa; SIMONI, Ana Carolina Rios; AMORIM, Ana Karenina Arraes. Cartografias e Percursos de Mulheres Artesãs que Aprendem, Ensinam e Trabalham. **Revista Subjetividades**, Fortaleza, v. 21, n. 1, p. 1-12, mar.2021.

LIMA, Elizabeth Araújo; PROVIDELLO, Guilherme; SILVA, Juliana Araújo; ALEIXO, Juliana Maria Padovan; PELLEGRINI, Livia; AVERSA, Paula Carpinetti; BARRENHA, Tais; CARDOSO, Tânia Marques. Práticas estéticas e corporais: criação e produção de subjetividade na atenção psicossocial. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 45, p. 420-434, abr./jun. 2021.

LOBOSQUE, Ana Marta. Um desafio à formação: nem a fuga da teoria, nem a recusa da invenção. In: ENCONTRO NACIONAL DE SAÚDE MENTAL, 2006, Belo Horizonte. **Caderno Saúde Mental [...]** Belo Horizonte: ESP-MG, 2007, p. 35-44.

LOPES, Cínthia Verdolin; REINALDO, Amanda Márcia dos Santos. Contribuição da vivência acadêmica em um centro de convivência de saúde mental na formação do enfermeiro. **Cogitare Enfermagem**, Curitiba, v. 17, n. 4, p. 775-778, ou./dez. 2012.

LUSSI, Isabela Aparecida de Oliveira; LEÃO, Adriana; DIMOV, Tatiana. Práticas emancipatórias em Saúde Mental. **Interface-Comunicação, Saúde, Educação**, Botucatu, v. 26, p. 1-15, out. 2022.

MONTEIRO, Marlene Azevedo Magalhães; SILVA, Liliane Nunes da; REINALDO, Amanda Márcia dos Santos. Oficinas educativas de nutrição como estratégia para a promoção de modos de vida saudável. **Caminho Aberto: revista de extensão do IFSC**, Florianópolis, v. 16, p. 1-21, fev. 2022.

ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS. **Declaração Universal dos Direitos Humanos**, 1948. Disponível em: <https://www.ohchr.org/en/human-rights/universal-declaration/translations/portuguese?LangID=por>. Acesso em 29 dez. 2022.

PACHECO, Raquel Ferreira; SILVA, Celso Renato. (Con) viver com a loucura: por um cuidado extramuros. **Revista Polis e Psique**, Porto Alegre, v. 8, n. 2, p. 140-161, maio/ago. 2018.

PONTES, Ana Carolina Pedrosa. Naidna de Souza: a palavra des-a-linha, atravessa a margem e brinca sobre a encruzilhada. **Opiniões**, São Paulo, n. 18, p. 430-447, jul. 2021.

REGNE, Giulia Ribeiro Schettino, REINALDO, Amanda Márcia dos Santos Reinaldo; TAVARES, Marcus Luciano de Oliveira; PEREIRA, Maria Odete. História e memória da criação de um centro de convivência. **Saúde em Redes**, Porto Alegre, v. 4, n. 3, p. 63-73, abr. 2018.

SAMPAIO, Luize. Cultura como exercício de cidadania. **Casa Fluminense**, 2022. Disponível em: <https://casafluminense.org.br/cultura-como-exercicio-de-cidadania/>. Acesso em 29 dez. 2022.

SARACENO, Benedetto. A cidadania como forma de tolerância. **Revista de Terapia Ocupacional da Universidade de São Paulo**, São Paulo, v. 22, n. 2, p. 93-101, maio/ago. 2011.

SCHENKEL, Júlia Monteiro; SILVA, Glauber Weder dos Santos; AMORIN, Ana Karenina de Melo Arraes; MIRANDA, Francisco Arnaldo Nunes de; CARVALHO, Jovanka Bittencourt Leite de; Sara RIBEIRO, Eloise Argimiro; ALMEIDA, Ana Clara Paiva de; SILVA, Maxwell Menezes. Saúde mental, arte e desinstitucionalização: um relato estético-poético-teatral de uma ocupação da cidade. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 27, p. 39-48, jan. 2022.

SILVEIRA, Belisa Vieira da; SOARES, Amanda Nathale; REINALDO, Márcia dos Santos. Oficinas em Saúde Mental: Vertentes de uma proposta de educação em saúde. **Revista de Enfermagem UFPE online**, Recife, p. 1808-1814, ou./dez. 2010.

SOARES, Amanda Nathale; REINALDO, Amanda Márcia dos Santos. Oficinas terapêuticas para hábitos de vida saudável: um relato de experiência. **Escola Anna Nery**, Rio de Janeiro, v. 14, n. 2, p. 391-398, abr./jun. 2010.

SOARES, Amanda Nathale; SILVEIRA, Belisa Vieira da; REINALDO, Amanda Márcia dos Santos. Oficinas de sexualidade em saúde mental: relato de experiência. **Cogitare Enfermagem**, Curitiba, v. 15, n. 2, abr./jun. 2010.

ZAGO, Maria Cristina; TERZIS, Antonios; PADILHA, Bruneide Menegazzo. Comunicação inconsciente entre singular e plural: grupo de pacientes psiquiátricos. **Revista da SPAGESP**, Ribeirão Preto, v. 15, n. 1, p. 4-16, 2014.

Territórios e sentidos: arte, subjetividade e cuidado

Soraia Monteiro Lima

Linda Batista do Carmo

Manuela Carvalho Rebouças

Monica de Souza Ribeiro

Tatá Santana

Tulíola Almeida de Souza Lima

Rodrigo Silva Simas

Carolina Pereira Merlo

1. Introdução

“Em cada encontro, em cada contato, vou ficando maior... Em cada retalho, uma vida, uma lição, um carinho, uma saudade...” (Cris Pizzimenti, 2013)

A Resolução n.º 7.168/2020, da Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais, instituiu a possibilidade de incentivo financeiro para realização de Supervisão Clínico-institucional (SCI) nos municípios que contam com Centros de Atenção Psicossocial (Minas Geris, 2020). O município de Belo Horizonte iniciou o projeto de SCI na Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), por meio deste incentivo, em junho de 2022. O desenho do projeto estruturou-se a partir de três eixos de trabalho: apoio aos gestores, apoio aos trabalhadores e articulação da rede. Entre os espaços contemplados por este dispositivo estão os Centros de Convivência e Cultura. Este texto apresenta um produto do trabalho realizado junto aos trabalhadores do Centro de Convivência Rosimeire Silva (CCRS), no encontro com dois supervisores clínico-institucionais.

A criação dos Centros de Convivência e Cultura (CCC) foi instituída a partir da Portaria n.º 396, de 07 de julho de 2005, que aprova as diretrizes gerais para o Programa de Centros de Convivência e Cultura na Rede de Atenção em Saúde Mental do Sistema Único de Saúde – SUS

(Brasil, 2005). A referida portaria considera o documento elaborado a partir das discussões feitas na Oficina “Centros de Convivência: Diálogos entre as experiências dos municípios”, evento realizado pela Prefeitura de Belo Horizonte e o Ministério da Saúde em 25 de fevereiro de 2005. Propõe uma diversificação das estratégias de cuidado em liberdade dos usuários em sofrimento mental e com necessidades decorrentes do uso de álcool e outras drogas, com desenvolvimento de atividades no território que promovam a inclusão social, a autonomia e o exercício da cidadania, primando pela participação e controle social do usuário e de seus familiares.

Em dezembro de 2011 foi publicada a Portaria n.º 3.088/GM/MS, que institui a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) para pessoas com sofrimento mental e necessidades decorrentes do uso de álcool e outras drogas no âmbito do SUS, considerando a necessidade de aperfeiçoamento do modelo de atenção oferecido (Brasil, 2011). Esta portaria inclui os Centros de Convivência e Cultura na Atenção Primária à Saúde (APS), fomentando a estruturação e fortalecimento de uma rede de assistência centrada na atenção comunitária, associada à rede de serviços de saúde e sociais, com ênfase na reabilitação e reinserção social. No entanto, os Centros de Convivência ainda não contam, até o presente momento, com financiamento federal, ficando os recursos financeiros a cargo quase exclusivamente dos municípios, à exemplo de Belo Horizonte, que entende e sustenta a importância destes serviços na composição da RAPS. Contudo, em municípios com menor autonomia financeira, identifica-se uma possibilidade reduzida de implantação deste equipamento, fragilizando a rede de cuidados às pessoas em sofrimento mental.

A partir de 2022, a Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais (SES-MG) reconheceu os Centros de Convivência e Cultura como equipamentos específicos através da Deliberação CIB-SUS/MG n.º 3.767/2022, passando a destinar recursos, por meio do repasse estadual, a todos os municípios que contam com estes serviços. A ampliação do

financiamento deste equipamento cria condições para a manutenção e ampliação de espaços de socialização, troca e lazer de usuários da RAPS e comunidade.

Segundo Zacché e Silva (2022),

os Centros de Convivência, desde sua implantação, têm como uma de suas vocações a de se constituírem como canais de diálogo mais estreito da saúde mental e de seus usuários com outras políticas públicas e com a cidade (p. 47).

Eles contribuem, assim, para a construção de redes de apoio e solidariedade, impulsionando a luta pela transformação da representação social da loucura e do uso prejudicial de álcool e outras drogas, tradicionalmente marcada pelo estigma e pela discriminação (Alvarez *et al.*, 2021). São serviços que se destacam pela qualidade de espaços de encontro e diálogo entre diferentes pessoas, estimulando a autonomia, assim como a construção da cidadania e da subjetividade descolada do signifiicante manicomial. Têm a arte, a cultura, a ocupação e a circulação por espaços comuns como ferramentas potentes na construção de identidades individuais e coletivas e na promoção da saúde mental (Alvarez; Silva; Oliveira, 2016), enquanto “práticas que não se inscrevem, mas que transcendem o campo do cuidado em saúde” (Zacché; Silva, 2022, p. 43).

Estes pontos da rede buscam promover a autonomia, o que, segundo Ferigato, Carvalho e Teixeira (2016), passa por um ambiente acolhedor e inclusivo que valoriza a singularidade de cada usuário e estimula a participação ativa na comunidade. Estimulam também o pensar de forma autônoma e de se tornar críticos, por meio de um processo de empoderamento, que permite às pessoas tomar decisões e agir de forma consciente e responsável. Sendo, também, um espaço de troca e cooperação entre as pessoas, valorização da empatia, acolhimento, diálogo e participação, no qual pessoas podem desenvolver suas habilidades e potencialidades, além de se integrarem à comunidade e se tornarem protagonistas de suas próprias vidas (Alvarez; Silva; Oliveira, 2016).

2. Das pistas da cartografia como metodologia de escrita

A SCI tem, entre suas atribuições, que acompanhar os processos de cuidado em andamento na Rede de Saúde de Belo Horizonte. Este dispositivo dispõe-se a promover a sustentação de movimentos: aqui, o território do CCRS sendo analisado em conjunto, por meio de fragmentos produzidos pela equipe. A SCI, então, neste contexto, é construída enquanto dispositivo para reflexões acerca da criação de elos entre o serviço e a comunidade. A escrita deste trabalho, desse modo, busca expressar essa produção coletiva, reinventando sentidos e transformando os enunciados destas práticas.

Este capítulo apresenta a construção coletiva realizada junto aos trabalhadores do Centro de Convivência Rosimeire Silva durante o processo de Supervisão Clínico-institucional ocorrido entre junho/2022 e maio/2023. De acordo com Pozzana de Barros e Kastrup (2014), a proposta metodológica da cartografia tem o desafio de acompanhar tais processos, sendo a escrita também meio de produção de subjetividades para as pessoas envolvidas. Operadoras do cuidado, gestoras, conviventes e supervisores entram em relação em suas funções heterogêneas, modulando as afecções percebidas nos encontros: “conhecendo o que se faz através do modo que é feito” (*ibid.*, p. 60). Colocamos nossas atitudes, assim, abertas ao plano dos afetos vividos e à elaboração dos conceitos orientadores de nossa prática.

Sendo os Centros de Convivência e seus recursos ligados à cultura e à arte, elementos inspiradores para um trabalho em supervisão clínico-institucional, buscamos diálogo com saberes da esquizoanálise, apoio institucional, dentre outros, propondo, então, um modo de escrita sintonizado com a realidade vivenciada em tais serviços. Buscamos agir seguindo o princípio de múltiplas entradas e saídas de uma obra, assim como as inúmeras conexões que podem ser feitas nos sentidos construídos pelos diferentes atores que entram em contato com ela, seguindo a proposta de Deleuze e Guattari (2003) a respeito das

articulações entre conteúdo e expressão daquilo que experimentamos na RAPS. A escrita, assim como um aspecto do trabalho da SCI, promove agenciamento coletivo de enunciação, pelo qual fazemos e refazemos territórios e subjetividades (Deleuze; Guattari, 2003).

3. Coletivizando os Retalhos

3.1 O projeto estratégico dos Centros de Convivência da Rede de Belo Horizonte

O Centro de Convivência Rosimeire Silva (CCRS) compõe a RAPS-BH desde 2002 e fica localizado na regional Norte de Belo Horizonte. Ao longo destes 20 anos vem reinventando-se e avançando nas propostas de Reabilitação Psicossocial. Busca ampliar o acesso de usuários, por meio de movimentos que promovam maior integração com a comunidade e, em especial, com a Atenção Primária à Saúde (APS), por meio de ações no território e na comunidade.

Em 2022, dois anos após o início da pandemia de COVID-19, considerando a necessidade de retomada e ampliação do acesso às pessoas em sofrimento mental, a equipe do CCRS pensa em estratégias inovadoras e elabora uma proposta de ação, com o intuito de promover uma reaproximação com os serviços da APS. Ao se aproximar do território, potencializa-se o acesso aos usuários que, em decorrência da pandemia, tiveram agravadas as situações de sofrimento psíquico muito em função do isolamento social imposto.

Dessa forma, foram estrategicamente desenhadas nove etapas para a execução deste projeto, que visa sensibilizar e levar informações a todas as equipes da APS sobre reabilitação psicossocial e o trabalho do CCRS como estratégia de promoção de cuidado no território. Para tal, o CCRS levou a sua experiência para dentro das Unidades Básicas de Saúde (UBS) nas semanas que antecederam à celebração do 18 de maio de 2022, data em que se festeja o dia Nacional da Luta Antimanicomial. Essa ação abrange vinte Unidades Básicas de Saúde (UBS) e uma Unidade de Pronto Atendimento (UPA), sendo realizadas intervenções

artísticas musicais, oficinas itinerantes, oficinas de sensibilização, rodas de conversa com Agentes Comunitários de Saúde (ACS). Além disso, promoveu a visitação e participação dos profissionais na rotina do CCRS e em oficinas com os conviventes.

O Projeto, iniciado em 2022 com quatro UBS do polo 2 da regional Norte, pretende dar continuidade em 2023 de forma a alcançar o total das 20 UBS regionais. Prevendo nove etapas, que envolvem a fase preparatória de articulação com os gestores regionais e gestores locais no território, seguida da etapa de execução propriamente dita, que contempla cinco fases e, ainda, uma última etapa de avaliação das ações executadas e suas repercussões, planejamento das adequações e direcionamentos necessários para a continuidade do projeto nas demais unidades de saúde da regional.

Vislumbramos, a partir dos desdobramentos deste plano de ação de ampliação do acesso dos usuários da APS ao CCRS e da aproximação com a APS, o desenvolvimento de outras ações em parceria nos territórios, tais como grafites, lambes, atividades culturais, oficinas de promoção da saúde em ações intersetoriais em praças, parques, abrigos.

3.2 Na batida do bumbo: graves e agudos de um alto-falante produzindo vida

Dentre as várias atividades ofertadas pelo Centro de Convivência Rosimeire Silva, destacam-se as oficinas de artesanato, pintura, desenho, confecção de bijuterias, costura, mosaico e violão. Podemos considerar que todas elas são atividades que demandam bastante das habilidades manuais enquanto os participantes estão sentados à mesa criando, sob a orientação de uma artista-facilitadora. Em meio aos “dedos de prosa”, cafezinhos e biscoitos, essa formatação do espaço e do ambiente favorece uma concentração que é essencial para o desenvolvimento das obras que ali são produzidas.

Na contramão de um formato mais definido e organizado de oficina, acontece nas tardes das sextas-feiras, um movimento em torno da música que tem animado o Centro de Convivência. São oficinas que, inicialmente, tinham como proposta serem rodas de música nas quais os participantes tocassem coletivamente algum instrumento musical. Uma roda de música, portanto. Porém, aos poucos, os participantes foram desconstruindo essa roda e instaurando outras formas de relacionar-se com a música nessas tardes de sexta-feira. Pessoas em pé, outras sentadas, a caixa de som, o microfone, as conversas em tons mais altos do que o de costume nas outras oficinas, a descontração, a área externa. Tem funk, tem sertanejo universitário, tem karaokê, tem gente dançando, rindo alto, paquerando. *Sextou!*

Percebemos, também, que esse caos festivo em torno da música vem aos poucos fidelizando a participação de conviventes mais jovens, que, apesar de serem maiores de dezoito anos, ainda estão vivendo a fase final da adolescência. Ademais, antes desse movimento se instaurar, a falta de companhia de pessoas da mesma faixa etária e o tipo de atividade que se ofertava desestimulavam a suas permanências nas oficinas. Fato é que, para muitos e muitas, esse espaço festivo e descontraído acaba por ser um dos poucos, quando não o único, que lhes oferece entretenimento e diversão num ambiente que não é hostil às suas próprias existências.

As oficinas no Centro de Convivência são também espaço para a confecção de produtos artísticos e artesanais que, muitas vezes, são comercializados, gerando, assim, renda para os próprios conviventes. Quando não têm a pretensão de chegar a um produto que será comercializado, essas oficinas têm ao menos, como um de seus objetivos, o ensino e/ou o aperfeiçoamento de técnicas como costurar, pintar, bordar, desenhar, entre outras. Já a oficina de música da sexta-feira à tarde foi perdendo, cada vez mais, o caráter de oficina na qual se ensina algo, o que gerou uma certa angústia no condutor da atividade.

Existia o receio de que a oficina de música e o próprio trabalho pudessem ser contestados e que, também, pudesse perder a relevância e a importância, algo que as oficinas de arte e artesanato sempre tiveram nesse espaço. Essa angústia foi amenizando à medida que a equipe de trabalhadoras do Centro de Convivência, de forma acolhedora, compartilhou o entendimento de que esse espaço poderia ser também o lugar para a “simples” convivência, para o lazer, para as festividades.

Essa oficina não ensina nada a ninguém, não produz nada que possa ser comercializado, vendável. Não ensina técnica alguma, mas produz doses de alegria e bem-estar, produz outras possibilidades de encontros. Nestas oscilações de frequência, entre graves e agudos, amplificamo-nos na expectativa de continuar produzindo vida.

3.3 Colcha de retalhos do território

Vivenciar uma oficina de bordado é entrelaçar fios e cores de linhas, trazendo as memórias vivenciadas da vida de cada pessoa envolvida num projeto de confeccionar uma colcha de retalhos. A imaginação vai sendo construída através desses pontos muitas vezes emaranhados. Quando colocamos numa mesa de oficina tecidos, linhas e agulhas não se sabe aonde chegaremos nas interações com as pessoas. As cores das linhas usadas são como as tintas; as agulhas, os pincéis; e os tecidos, telas. Através desses suportes podemos registrar nossas memórias.

Durante esse projeto fizemos vários encontros com um grupo de doze conviventes do Centro de Convivência Rosimeire Silva. Em um primeiro momento, fizemos uma roda de conversa em que surgiram vários relatos sobre suas vivências, de algumas etapas de suas vidas. Em seguida, fizemos um esboço num papel e cada um foi escrevendo sobre suas experiências. Em um terceiro momento, transformamos os relatos em desenhos, tentando explorar suas sensibilidades, reconhecendo a capacidade de criação de cada participante. Foram vários encontros para conseguirmos fazer essas montagens, juntando cada pedacinhos da vida de cada convivente através dos desenhos.

Foi um grande desafio ensinar os pontos de bordados para alguns que diziam que não conseguiriam. Mas, no final, apesar das mãos trêmulas, o ponto saía, mostrando suas vivências por meio das linhas coloridas.

Essa construção tem alguns objetivos, dentre eles permitir o envolvimento coletivo através de um leilão desse produto. A finalidade é proporcionar não só aos envolvidos, mas a todos os frequentadores do Centro de Convivência, um passeio em um clube para festejar o Natal - festa tão esperada por todos.

3.4 Intervenção no território: “é complicado?”

O Centro de Convivência é um serviço que sustenta as políticas antimanicomiais por meio da arte, da liberdade, da música, do afeto e da poesia. Este potente espaço registra a vida real e a singularidade de cada sujeito. Recebemos visitas diárias do convivente Roberto Carlos que é apaixonado por música. O seu canto traz o afeto e a gratidão por compor este espaço.

Roberto Carlos é um convivente muito querido pela equipe do CC e do CERSAM¹. Sustentamos o seu cuidado de todas as formas, de dentro para fora, de fora para dentro, de cima para baixo, de baixo para cima, em todos os cantos, em todos os lugares, com toda sua subjetividade. E assim, em uma construção coletiva, realizamos o projeto terapêutico singular do Roberto, orientado territorialmente como deve ser. É possível produzir cuidado e arte no território, afinal é ali que acontece a verdadeira desinstitucionalização, é onde se valoriza a diversidade e os encontros.

Dadas as condições precárias do domicílio de Roberto e de sua influência no seu adoecimento, reunimos as equipes envolvidas no cuidado para pensarmos em uma proposta de ação conjunta que pudesse, minimamente, despertar um desejo de manter o seu

¹ CERSAM é a nomenclatura dos Centro de Atenção Psicossocial no município de Belo Horizonte. Roberto Carlos, por sua vez, é nome fictício atribuído ao convivente, preservando sua identidade real por aspectos ético-legais do trabalho publicado.

autocuidado e de envolver a família na continuidade deste processo. Desta forma, realizamos um mutirão de limpeza na casa do Roberto Carlos. Pensamos em tudo! Na pintura; na decoração; no aroma; em uma coberta nova; na mesa coberta por um pano de *tricot* e uma garrafa de água, lugar ideal para colocar diariamente seu medicamento da noite; nos quadros e colares que iríamos colocar na parede, estes produzidos por ele nas oficinas.

Identificamos que o maior desafio foi pensar e realizar intervenções intersetoriais no território. Desta forma, pensar em uma rede para fora dos serviços, entendendo suas singularidades e complexidades, pois, nesse cenário está composta a existência das diversidades. Roberto Carlos, assim como todos os indivíduos, possui um território, com toda a sua vivência, relações e organizações culturais e econômicas. A aposta nessa lógica de trabalho transversal como criação de alternativas de cuidado é ampliar o olhar para todos os cantos em que há vida. Relacionar isso às suas diversidades e realidades foram concepções essenciais para o cuidado no campo da atenção psicossocial.

3.5 Painel ilustrado: relato de uma experimentação

Coube a nós, trabalhadoras, experimentar, mostrar possibilidades, abrir caminhos, ajudar o convivente a descobrir novidades. Auxiliá-lo a perceber que existe muita coisa além dele mesmo, tecer oportunidades para que cada um expressasse seus sentimentos e desejos neste espaço de criação do Centro de Convivência e Cultura.

As expectativas para integrar o coletivo foram desafios interessantes. Diante da solidão decorrente das situações de sofrimento mental, instituímos laços como contraponto à exclusão, a qual é um risco eminente. Para se chegar a um coletivo, faz-se necessário um entendimento do que é a expressão individual, seu potencial dentro do grupo e de como esse sujeito vai se integrar ao trabalho. No dia a dia do trabalho artístico, dentro do Centro de Convivência, é comum percebermos posturas individualizadas e solitárias – provavelmente

relacionadas ao estigma que a própria loucura carrega na nossa sociedade e que se manifesta de diferentes maneiras.

A construção do painel partiu da prerrogativa de sustentar o reconhecimento das alteridades envolvidas e relacionar com a realidade, buscando espaços para os sonhos. E sonhar é pensar na maneira mais original: é debruçar-se sobre si mesmo. Partimos da curiosidade de investigar o processo criativo e construir conhecimento, para além da produção cotidiana das oficinas.

Foram abordadas e discutidas diversas maneiras e técnicas artísticas. Os usuários tiveram a oportunidade de escolher o que gostariam de “falar” sobre suas experiências e vivências no Centro de Convivência. O processo foi desenvolvido, ainda, com a intenção de transformar a finalidade de uma bijuteria e de um bordado para confeccionar um objeto de arte: cheio de desejos, sonhos e experiências de seus idealizadores, além do compartilhamento de sentimentos e afetividades.

As imagens do painel são diversificadas, fragmentadas e nos fazem pensar na natureza dos coletivos compostos a partir das individualidades, nas formas de participação e perspectivas dos usuários. Envolvidos no espaço do Centro de Convivência ao fundir símbolos, memórias, textos, garatujas, texturas e abstrações, usando materiais da nossa cultura popular. O painel nos revela um tributo à imaginação e à criação, pressupostos dos trabalhos artísticos ali desenvolvidos.

O painel ilustrado é uma composição coletiva intensa, reveladora de particularidades. Resultado de uma abordagem relacionada com a apropriação de vivências individuais com a experiência coletiva.



Imagem 1 (esq.). Manuela Rebouças - Paineil ilustrado.

Imagem 2 (dir.). Dominyque Ferreira - Paineil de lambe-lambe feito pelos conviventes durante o período de escrita do texto.

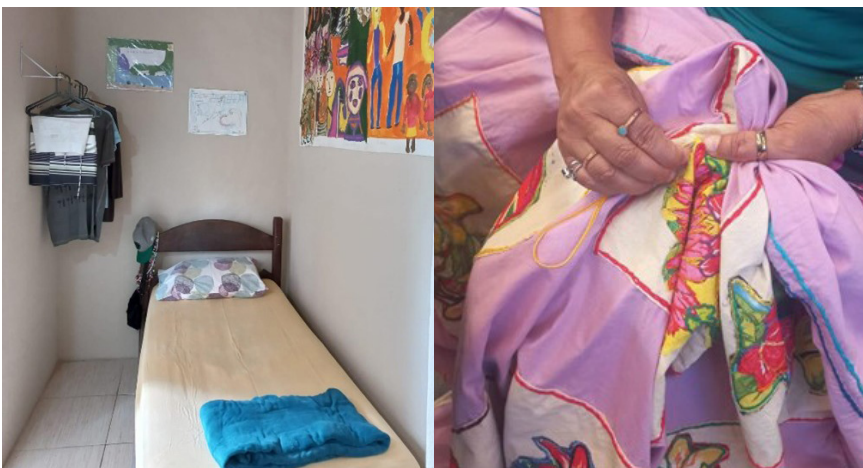
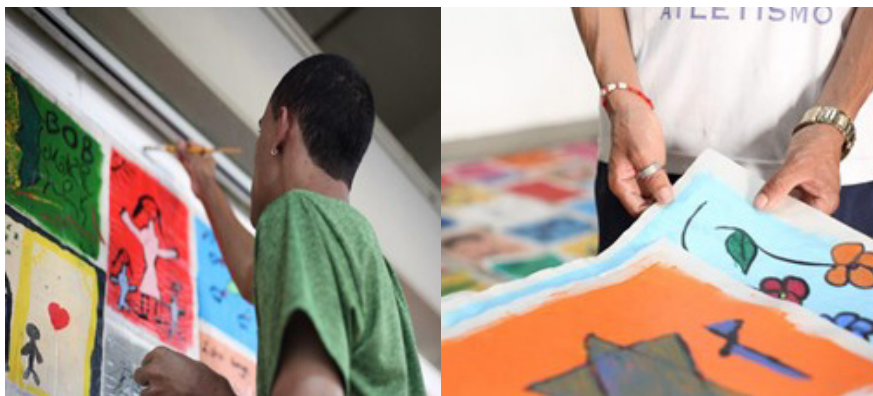


Imagem 3 (esq.). Monica de Souza - Casa de Roberto Carlos após a intervenção junto aos trabalhadores do Centro de Convivência.

Imagem 4 (dir.). Monica de Souza - Colcha de retalhos produzida pelas conviventes.



Imagens 5 e 6. Dominyque Ferreira - Conviventes construindo o mural de lambe-lambe.

4. Trabalhadores, supervisores, textos e tessituras: resultados e discussão

As reflexões trazidas à tona neste processo de escrita coletiva demonstram produções de conhecimento organizadas em um plano comum, que “opera comunicação entre singularidades heterogêneas” (Kastrup; Passos, 2016, p. 17). Reforçamos, com estes autores, que não consideramos o ‘conhecimento’ como representação de realidade, mas o buscamos no fazer próprio de artistas que trabalham com a expressão das diferentes intensidades e subjetividades envolvidas nos processos de criação coletiva e de convivência. Este plano comum age em nós como um convite ao mergulho na experiência, criando zonas de indiscernibilidade entre os pontos de vista e sensibilidade das pessoas que escrevem juntas sobre o tema proposto. Trabalhadoras, usuárias e supervisores, enfim conviventes, se aliam nesse mergulho com orientação ética-estética-política, de modo a incluir trocas com as pessoas usuárias da política, as quais, em última instância, nos guiam nos modos de conviver, trabalhar e escrever.

Quanto aos Centro de Convivência pode-se afirmar que a delicadeza da inserção e frequência neste espaço que oferece múltiplas possibilidades criativas, de trocas e construções, não é simples de ser sustentada. Podemos de fato reconhecer que “o Centro de

Convivência só pode ser o equipamento que é, e funcionar de maneira tão singular e eficaz, por estar inserido em uma rede de serviços de saúde mental, trabalhando de forma articulada e integrada” (Guimarães, 2021, p. 1). Nesse sentido, seguimos construindo nossas subjetividades e territórios, em práticas de cuidado que se fazem com e a partir da garantia de liberdade para todas as pessoas.

REFERÊNCIAS

ALVAREZ, Ariadna Patrícia Esteves; SILVA, Jessika Oliveira da; OLIVEIRA, Ana Caroline de Moraes. Centro de Convivência e Cultura: diálogos sobre autonomia e convivência. **ECOS: Estudos Contemporâneos da Subjetividade**, Campos dos Goytacases, RJ. V.6, n. 1, p. 5-19, jun. 2016.

ALVAREZ, Ariadna Patrícia Estevez *et al.* Convivência virtual: a arte de tecer redes com o trabalho afetivo antimanicomial. **Revista Geminis**, São Carlos, SP, v. 11, n. 3, p. 87-107, set./dez. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria Nº 396, de 07 de julho de 2005.** Aprova diretrizes gerais para o Programa de Centros de Convivência e Cultura na rede de atenção em saúde mental do SUS. Publicada no DOU em 08/07/2005. Brasília: Diário Oficial da União, 2005.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 3.088, de 23 de dezembro de 2011.** Institui a rede de atenção Psicossocial para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília: Diário Oficial da União, 2011.

DELEUZE, Gilles; GUATTARI, Felix. **Kafka** - para uma literatura menor. Lisboa: Assírio & Alvim, 2003.

FERIGATO, Sabrina Helena; CARVALHO, Sergio Resende; TEIXEIRA, Ricardo Rodrigues. Cartografia dos Centros de Convivência: a produção de encontros e de redes. **Rev. Ter Ocup São Paulo**. 2016 jan.-abr.; 27(1):12-20.

GUIMARÃES, Maria Beatriz Lisboa. Centro de convivência - espaço da dor e da alegria. **(Dê)lirios: o jornal do Cersam Norte**. Belo Horizonte, MG: [s.n.], n. 3, ago. 2021. Mimeografado.

MINAS GERAIS. Secretaria de Estado de Saúde. **Resolução nº 7.168 de 20 de julho de 2020.** Estabelece as regras de adesão, execução, acompanhamento, controle e avaliação do incentivo financeiro de custeio, em caráter excepcional, destinado à realização de supervisão clínico-institucional nos Centros de Atenção Psicossocial da Rede de Atenção Psicossocial do Estado de Minas Gerais, nos termos que menciona. Belo Horizonte: Diário Oficial do Estado de Minas Gerais, 2020.

MINAS GERAIS. Secretaria de Estado de Saúde. **Deliberação CIB-SUS/MG nº 3.767, de 22 de março de 2022.** Aprova as diretrizes gerais dos serviços da Rede de

Atenção Psicossocial – RAPS do Estado de Minas Gerais, que são cofinanciados pela Política Estadual de Saúde Mental, Álcool e outras Drogas e pela Política de Atenção Hospitalar – Valora Minas, no âmbito do estado de Minas Gerais e dá outras providências. Belo Horizonte: Diário Oficial do Estado de Minas Gerais, 2022.

KASTRUP, Virgínia; PASSOS, Eduardo. Cartografar é traçar um plano comum. In: PASSOS, Eduardo; KASTRUP, Virgínia; TEDESCO, Silvia (org.). **Pistas do método da cartografia: a experiência da pesquisa e o plano comum**. Porto Alegre: Sulina, 2016. p. 15-41.

PIZZIMENTI, Cris. **Sou feita de retalhos**. São Paulo, 2013. Disponível em: <https://www.pensador.com/frase/MTk5NTA1Mg/>. Acesso em: 26 abr. 2023.

POZZANA DE BARROS, Laura; KASTRUP, Virgínia. Cartografar é acompanhar processos. In: PASSOS, Eduardo; KASTRUP, Virgínia; ESCÓSSIA, Liliana (org.). **Pistas do método da cartografia: pesquisa-intervenção e produção de subjetividade**. Porto Alegre: Sulina, 2014. p.52-75.

ZACCHÉ, Karen Cristina; SILVA, Rosimeire. Os Centros de Convivência na Rede de Saúde Mental de Belo Horizonte. In: ALMEIDA, Daniela Tonizza et al (Org.). **Vida em comum: fundamentos, cotidianos e encontros dos Centros de Convivência com a cidade**. Belo Horizonte: Ramallete, 2022. p.40-48.

“Sonhos são projetos pelos quais se luta”: reflexões e tessituras a partir da realização do I Encontro dos Centros de Convivência e Cultura de Minas Gerais

Gustavo Dias Ribeiro

Adriana Mojica Veras Massanti Ponzo

Alessandra Rios de Faria

Introdução: o futuro não nos faz, mas nos refazemos na luta para fazê-lo

Gosto de ser gente porque sei que a minha passagem pelo mundo não é determinada, preestabelecida. Que meu ‘destino’ não é um dado, mas algo que precisa ser feito e de cuja responsabilidade não posso me eximir. Gosto de ser gente porque a história em que me faço com os outros e de cuja feitura tomo parte é um tempo de possibilidades, e não determinismo (Freire, 2022, p. 52).

O projeto de transformar a assistência à pessoa em sofrimento mental, proposto pela Reforma Psiquiátrica Brasileira, envolve uma série de ações e mudanças. Sua emergência, invocando aqui o pensamento freireano (2000), manifesta-se como um pensamento profético, no sentido em que ao denunciar a realidade vigente, implicada com esta, anuncia um novo mundo. Forja-se enquanto

¹ O presente título, assim como a escrita que dele decorre, é uma ode a Paulo Freire (2000) e àqueles que sabem que a transformação é possível, ainda que difícil. Que reconhecem e aspiram o sonho enquanto um ato político de resistência ao fatalismo neoliberal, este que interdita nos sujeitos a possibilidade de mudança. Uma ode àqueles que coletivamente marcham esperançosamente, fazendo da história um exercício disciplinado de produzir capacidade imaginativa e de existência. Àqueles que compreendem o sonho na qualidade de dever, como uma experimentação ética de intervenção no mundo em defesa da vida em suas múltiplas manifestações.

mobilização coletiva, envolvendo distintos sujeitos e segmentos: trabalhadores da saúde mental, coletivos profissionais, associações de usuários e familiares, movimentos sociais, entre outros. Ainda que essa diversidade reverbere também em disputas no interior do movimento antimanicomial (Lobosque, 2003), pode-se dizer da presença de um componente comum que reúne estes sujeitos: a percepção de um elemento destacado na vida cotidiana, reconhecido como algo que precisa ser enfrentado e superado (Freire, 2014).

Nessa conjuntura, tal ‘percebido-destacado’ remonta a uma cultura psiquiátrica estrita que reverbera no tecido social mediante valores, ideias e práticas em torno do fenômeno da loucura, bem como do processo saúde-doença. Cabe-nos reiterar que tais valores, ideias e práticas se expressam enquanto uma política de extermínio: desumanizante, violenta, segregatória e que nega a vida de grupos dissidentes, estes rotulados sob a insígnia da loucura. Essa insatisfação, como expressa por Silva (2003), instaura uma progressiva dúvida em torno do sistema vigente. Dúvida esta que aviva a história como abertura para possibilidade, implicando os sujeitos com a responsabilidade coletiva e crítica de construção do futuro. Construção que, em contrapartida, instiga a luta pela saúde, pela cidadania e, em suma, pela superação do paradigma manicomial.

Esta percepção da realidade como problemática permite a tessitura de ações possíveis, vislumbrando a concretização do que por vezes foi apreendido como algo impossível: uma “futuridade [revolucionária] derivada de um sonho coletivo” (Paro *et al.*, 2020, p. 13). Dentre essas ações, para romper-se com o paradigma hospitalocêntrico medicalizador e assentir-se com o paradigma da Atenção Psicossocial, há que se discutir a formação dos trabalhadores e trabalhadoras para atuarem conforme este último. Há que se sustentar a criação de serviços de base territorial e comunitária, há que se alterar o financiamento dos serviços: menos recursos para leitos e mais recursos para serviços

abertos e substitutivos. Na essência, há que se discutir a relação da sociedade com a loucura, com o sofrimento mental.

Ainda, para sustentar o trabalho na perspectiva da atenção psicossocial é preciso escuta, acolhimento, respeito às diferenças e singularidades, construção de vínculos com o sujeito e com o território, intervenção na cidade e no campo. Com esta atuação almejamos favorecer autonomia, laços sociais, fortalecer projetos de vida e cidadania. E para materializarmos este projeto, construímos e sustentamos uma rede diversa: Unidades Básicas de Saúde, Consultórios na Rua, CAPS I, II e III, CAPS IJ, CAPS AD, leitos em hospitais gerais, Centros de Convivência e Cultura (CCC).

O texto que ora se apresenta interpela este último serviço, tendo como suporte a experiência de organização e realização do I Encontro de Centros de Convivência e Cultura de Minas Gerais. Justifica-se a ênfase nesta experiência mediante distintas dimensões que se presentificaram em sua execução. Uma delas, na avaliação dos autores, foi o rompimento com uma configuração verticalizada, por vezes presente no desenho de ações de educação em saúde (Paro *et al.*, 2020), em que há uma centralidade na transmissão de informações. Foi feita uma aposta na criação de possibilidades para a produção compartilhada de conhecimentos (Freire, 2022), reconhecendo e dialogando com os saberes dos distintos atores nela implicados. Sendo assim, em detrimento da faceta institucionalizada da Política Nacional de Saúde Mental, mobiliza os sujeitos a reconhecerem tal política como inacabada, construída cotidianamente por aqueles que a acessam. Em outros termos, fomenta o sonhar e o agir acerca do que se deseja coletivamente para a vida comum, em especial quanto aos CCC e sua conformação nas Redes de Atenção Psicossocial.

Nesse sentido, também ponderamos o potencial do encontro na promoção de saúde ao desafiar a relação dos sujeitos com a heterodeterminação da vida, fomentando a ampliação do poder de agir destes ao incitá-los ao protagonismo de suas próprias histórias. Em

extensão, impulsiona a responsabilização destes quanto à história das políticas públicas de saúde. Por fim, destacamos uma coerência entre a execução e o planejamento da referida ação: além da participação nos dias do evento, a organização do mesmo também foi conduzida por coletivos e setores heterogêneos. Nas linhas que se seguem, apresentaremos a experiência de realização do encontro, as reflexões e proposições nele suscitadas.

I Encontro dos Centros de Convivência e Cultura de Minas Gerais: diversidade, projeto e construção

A partir da participação no I Encontro Nacional de Centros de Convivência, realizado em abril de 2021, no qual estiveram presentes apenas quatro municípios mineiros – Belo Horizonte, Betim, Contagem e Itaúna, algumas trabalhadoras e gestoras deste dispositivo sentiram o desejo e a necessidade de saber mais sobre os Centros de Convivência e Cultura (CCC) do Estado de Minas Gerais. Quem somos? Quantos somos? Onde estamos? O que fazemos? Na busca por estas respostas, idealizou-se a proposta de um grande encontro, no qual os serviços e suas equipes pudessem participar e contar um pouco de si, de suas trajetórias e apostas no cuidado em liberdade na saúde mental.

Para concretizar este sonho, gestoras e trabalhadoras de alguns serviços começaram a se reunir e a formar uma comissão organizadora. Passaram a fazer contatos e convites para que a comissão tivesse diversidade e representatividade: convidaram a Escola de Saúde Pública do Estado de Minas Gerais (ESP-MG); usuários e usuárias dos serviços; familiares da saúde mental; referências técnicas de saúde mental do Estado; militantes dos movimentos sociais ligados a Reforma Psiquiátrica Brasileira; artistas e oficinairos-educadores. O grupo que se encontrou com maior regularidade tinha trabalhadoras do CCC e da ESP-MG, gestoras deste primeiro serviço, um usuário, um oficinairo-educador, uma militante de movimento social e uma familiar da saúde mental. Este grupo trabalhou intensamente para que o encontro

acontecesse. Reuniam-se quinzenalmente, depois semanalmente, momento este em que foi também dividido em subcomissões de Logística, Científica e Cultural.

Após ter concluído a estruturação principal da ação, a comissão organizadora passou a fazer convites ampliados, através de editais de seleção para obter uma identidade visual para o Encontro e, em seguida, para identificar serviços que gostariam de compartilhar suas experiências e trajetórias no cuidado em saúde mental. Destacamos que tais editais não tinham a intenção de excluir ninguém, de elencar melhores ou piores, mas organizar aqueles que se interessavam em compartilhar sua experiência. Houve uma participação significativa de muitos usuários de diversos serviços na seleção da identidade visual, sendo a imagem escolhida a da convivente Emanuelle Navarro, do CCC Oeste do município de Belo Horizonte². Após meses de reuniões e trabalhos, o I Encontro dos Centros de Convivência e Cultura de Minas Gerais se realizou!

Nomeado com o título “Para a estação da liberdade, o trem da loucura pede passagem”, entre os dias 09, 10 e 11 de novembro de 2021, com apoio da ESP-MG, reuniram-se no encontro diversos atores e segmentos para uma série de atividades, debates e diálogos sobre o papel e a importância dos Centros de Convivência e Cultura na sustentação do cuidado em liberdade. A ação foi realizada na modalidade remota síncrona, mediada pelo aplicativo de videoconferências *Zoom Meetings*, pois vivíamos o período de pandemia que exigia de todos o afastamento físico. A programação consistiu numa conferência de abertura, apresentações culturais, compartilhamento de dados referentes a um primeiro levantamento sobre a organização e funcionamento dos CCC de MG, relatos de

² A arte selecionada para compor a identidade visual do I Encontro Mineiro dos Centros de Convivência e Cultura de Minas Gerais encontra-se disponível no endereço: <http://esp.mg.gov.br/images/documentos/Arte%20da%20Identidade%20Visual%20do%20Encontro.pdf>

experiências dos serviços e grupos de trabalho para produção de um documento que expressasse as intenções e proposições de fortalecimento e garantia da existência deste dispositivo.

Às 14 horas do dia 09 de novembro de 2021 demos início ao nosso encontro. Todos foram chegando e de repente a sala virtual estava cheia, cheia de conviventes! Os municípios se organizaram para viabilizar a participação de todas as pessoas interessadas, sejam elas usuários, familiares, trabalhadoras e gestoras. Ainda que *on-line*, nessas janelas virtuais podíamos ver vários juntos: reunidos em seus serviços, salas, locais em seus territórios que forneciam a capacidade física adequada para participação virtual. Vislumbramos ambientes decorados especialmente para o evento, bonitezas da vida para se presenciar. Fomos recepcionadas por artistas palhaças que nos convidaram a rir, dançar, cantar, se emocionar!

Ainda que distantes fisicamente, reunidos através das telas, foi possível sentir a satisfação pelo encontro, o desejo de troca, a presença! Valendo-se de expressão veiculada por Oliveira (2022), mobilizações como estas nos remontam a uma “disponibilidade à vida e aos seus chamamentos” (p. 12), testemunho sensível às manifestações mais singelas. Animados, todos os corpos festejavam o encontro a seus modos: dançando, sorrindo, falando, comemorando! Encarar o amanhã enquanto desafio, como recorda Freire (2022), implica também em um fazer feito com alegria, vitalidade igualmente necessária para esperar. Tecer espaços para a expressão da alegria, assim, constitui-se como importante ferramenta de luta para retomada da esperança originária presente em todos nós, a qual nos move à busca. Uma recordação de que não podemos desistir, pois, ao estarmos implicados com a mudança, esta apresenta-se aos sujeitos enquanto um dever ético. A alegria faz parte do processo de busca! Ensinar e aprender se dão na busca, no desejo de transformar e isso se dá dentro da boniteza e da alegria (Freire, 1987).

As boas-vindas do encontro foram realizadas mediante duas exibições de vídeos. O primeiro, produzido pela subcomissão de Cultura, projetava um trem andando pelas montanhas de Minas e seus vagões exibiam fotografias de muitos Centros de Convivência que estavam em funcionamento à época no Estado, bem como imagens de oficinas, passeios e cenas do cotidiano da vida! O outro foi produzido pelo Centro de Convivência e Cultura Teia, de Contagem, intitulado “O Correr do Trem”. Em seguida, foi realizada a mesa de abertura, composta por parceiros que ajudaram na construção do evento e por representantes da comissão organizadora. A conferência de abertura teve como tema “Arte e Convivência: Inventar é Resistir”. Após intensas reflexões, finalizamos o dia com apresentações culturais realizadas por três serviços de Belo Horizonte: Barreiro, Carlos Prates e Nise da Silveira; e por dois coletivos do interior do Estado: Cuca Legal, de Lagoa da Prata, e Pensar Livre, de Caparaó. Todo o encontro contou com a presença das palhaças Merlot, Penicilina Pau de Enchente, Katu e Nise, proporcionando muita alegria e leveza. As apresentações culturais constituíram-se de declamações de poesias, receita de uma rosca premiada, músicas, relatos, histórias, produções audiovisuais, além de um vídeo produzido especialmente para o encontro pelo grupo Trem Tan Tan. Neles reconhecemos a ousadia, a inventividade, a amorosidade no cotidiano dos serviços.

Pela manhã do segundo dia, 10 de novembro de 2021, foram apresentados os dados do levantamento sobre a organização e funcionamento dos CCC em Minas Gerais. Viu-se que no ano de 2021 existiam apenas 44 serviços dessa natureza, com ausência em algumas regiões de saúde, apontando a necessidade de sua criação e expansão pelo Estado. Em seguida, houve um momento para o compartilhamento das experiências vividas nos serviços, mostrando o trabalho vivo em ato que, segundo Merhy *et al.* (2006), possibilita produções de saúde no território com a predominância do uso de tecnologias leves, permitindo a criação de estratégias e invenções, produzindo novos valores e fazeres

no cotidiano do trabalho. Através dos relatos observou-se as diferentes formas de ocupação dos territórios e a criação de distintos modos de estar junto: nas oficinas, no trabalho, nas cidades, nos passeios e até nas praias baianas. Participaram dos relatos os Centros de Convivência e Cultura dos municípios de Belo Horizonte, Caparaó, Contagem, Curvelo, Governador Valadares, Itabira, Itaúna, Itutinga, Juiz de Fora, Pará de Minas, Rio Casca e Uberlândia. As apresentações culturais mostraram iniciativas dos Centros de Convivência e Cultura dos municípios de Belo Horizonte, Barbacena, Bueno Brandão, Caparaó, Congonhas, Pará de Minas e Uberlândia.

No último dia de encontro, ocorrido em 11 de novembro de 2021, os presentes se dividiram em três grupos de trabalho, com intuito de pensar coletivamente algumas questões sobre os CCC, produzindo ao final um relatório. As apresentações culturais ficaram sob a responsabilidade dos Centros de Convivência e Cultura de Itabira e de Belo Horizonte. É importante destacar que em todos os dias estavam presentes tanto gestoras quanto trabalhadoras de municípios que ainda não possuíam Centros de Convivência e que participavam no intuito de conhecer o serviço e vislumbrar suas potencialidades e contribuições para o cuidado em saúde mental. Passamos a discutir agora reflexões que nos atravessaram ao longo deste percurso.

Centro de Convivência e Cultura: tornar possível o impossível³

Os Centros de Convivência e Cultura foram instituídos pela Portaria SAS n.º 396/2005 (Brasil, 2005) como dispositivos públicos, componentes da Rede de Atenção Substitutiva em Saúde Mental, a qual foi posteriormente revogada. Alguns anos depois, a Portaria n.º

³ Esta seção resgata a carta-manifesto apresentada no I Encontro Nacional de Redes de Atenção Psicossocial (RAPS), promovido pela Coordenação de Saúde Mental, Álcool e outras Drogas do Ministério da Saúde no ano de 2013, na cidade de Curitiba. Retoma-se essa carta-manifesto uma vez que esta apresenta reivindicações quanto aos Centros de Convivência e Cultura, além desta ter sido objeto de discussões no I Encontro Mineiro dos Centros de Convivência.

3.088/2011 (Brasil, 2011), responsável por instituir no âmbito do Sistema Único de Saúde a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) para pessoas com sofrimento mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, reapresenta os Centros de Convivência situando-os na atenção básica em saúde. Afirma-se esse dispositivo como aposta na sociabilidade, produção e intervenção na cultura e no território, mediante construção de espaços de convívio e sustentação das diferenças na comunidade. Ressalta-se que em nenhuma das portarias foram previstas formas de financiamento, o que fragiliza, em nosso entendimento, a criação e sustentação do serviço, pois o coloca dependente da decisão de cada município e de sua disponibilidade orçamentária.

Os Centros de Convivência e Cultura são uma aposta na arte, na convivência, na cultura e na produção do cuidado. Coletivamente, identificou-se como ressonâncias deste serviço a ampliação da autonomia dos sujeitos, retorno aos estudos, inserção no mercado de trabalho, revelação de artistas, circulação ampliada na cidade e, principalmente, retomada dos laços sociais. Em concordância com Paulo Freire (2022), acerca da indissociação entre ensino e aprendizagem, nas oficinas dos CCCs todos presentes estão a cuidar-se e a cuidar do outro, da outra, do outro que ali estão convivendo e compartilhando. O cuidado é uma artesanaria que se constrói no encontro entre as pessoas: entre convivente e educador/a, entre conviventes, entre educadores/as, entre os presentes. Ainda, promovem processos de subjetivação, de possibilidade de autonomia, alegria e prazer. Um tempo de oportunidades para experimentar-se em outros lugares até então pouco (ou nada) vivenciados. Neste tempo-espço, o usuário, reconhecido em alguns momentos como a pessoa com experiência de sofrimento mental, vira artista, vira oficineiro-educador a conduzir uma atividade artística, torna-se convivente-cuidador.

A partir destes destaques, fazemos a defesa deste dispositivo enquanto um híbrido, que em sua própria constituição transita entre

diferentes atores, espaços e setores. Sendo assim, a repercussão deste dispositivo na vida de todes envolvidos justifica sua implantação, regulamentação e financiamento. Observam-se mudanças na própria concepção sobre o sofrimento mental e perspectivas de vida, estimulando as potencialidades e a inserção em redes de sociabilidade. O trabalho tecido faz com que todes reflitam sobre as diferenças, as singularidades, a potencialidade da loucura no seu viés expressivo, artístico, estimulando laços e transformando as relações sociais.

Grupos de Trabalho: ferramentas para o sonhar coletivo

No turno da manhã do terceiro dia de encontro, os presentes foram divididos em três grupos temáticos, orientados pelas seguintes temáticas: (1) estrutura de funcionamento dos Centros de Convivência; (2) fortalecimento do trabalho em rede; (3) geração de trabalho e renda; os quais contavam com uma moderadora e uma relatora, além de algumas questões disparadoras para a discussão. Cada grupo reuniu distintos atores, autogerindo as discussões e produzindo um registro sistemático acerca dos debates e proposições tecidas. Em função disso, identificou-se diferentes ênfases e desdobramentos entre os distintos eixos.

Em avaliação retrospectiva acerca desta metodologia e sua execução na atividade aqui em cena, identificamos os grupos temáticos como ferramenta possível para o sonhar coletivo: fomentando a indagação e a capacidade criadora dos integrantes, engajando-os na necessária problematização do presente e do futuro. Fala-se de como está sendo a realidade: o diálogo entre normativas/documentos oficiais do governo e o que está sendo feito no cotidiano dos serviços. Mas, não se encerra neste âmbito: convoca os sujeitos à luta, a tecer na coletividade uma experiência ética de sonhar mundos outros e, a partir destes sonhos, ingressar no processo de concretizá-los (Freire, 2000). Funda-se, assim, uma experiência de formação assentada nas experiências vividas e, partindo destas, engajada numa reflexão crítica em que os sujeitos assumem uma posição de protagonistas no

processo investigativo, resultando na ampliação da capacidade criadora destes (Freire, 1993). Ante este movimento, discutiremos algumas contribuições formuladas pelos grupos de trabalho, elencados a partir da identificação de elementos comuns que atravessaram as discussões.

Pode-se perceber nos três grupos o reconhecimento e a reafirmação pelos presentes dos princípios da reforma psiquiátrica e da atenção psicossocial enquanto missão dos Centros de Convivência e Cultura. Desse modo, estes serviços devem ser inclusivos, acolhedores, facilitadores de acesso e de permanência dos usuários-conviventes. Assim, não os compete encaminhar usuários para internação psiquiátrica, criar barreiras de acesso e de participação, promover atos violentos e coercitivos. Em conformidade com os princípios descritos por Rotelli *et al.* (1990), observa-se o serviço a partir de modelo dinâmico e em contínua transformação, produzido em dialética com as singularidades dos sujeitos que o acessam e com o território em que se encontra localizado. As atividades nele exercidas buscam fortalecer a existência dos sujeitos que nele transitam: liberdade, convívio, autonomia e cidadania são conceitos destacados pelo coletivo no documento. Em consequência, identifica-se uma transformação na dinâmica referente ao emprego de recursos, sendo feita a defesa de um maior investimento em pessoas em detrimento de aparatos biomédicos.

Aponta-se para um trabalho que engendre modelos existenciais não-manicomiais (Silva *et al.*, 2009), que não segregam, desqualificam ou estigmatizam a experiência da loucura a qual é atravessada por marcadores raciais, de gênero e orientação sexual. Para isso, entende-se que os Centros de Convivência devem fomentar a mobilidade dos conviventes em seu território de origem, bem como a troca cultural entre distintos atores, de modo a contribuir para a desconstrução de preconceitos e, em extensão, para a mudança na representação social da loucura. Para isso, sustenta-se um serviço com permeabilidade à sociedade ampla, ainda que possua como público-alvo prioritário

cidadãos em sofrimento mental e/ou em uso prejudicial de álcool e outras drogas. A materialização da inserção no território é identificada nas atividades desenvolvidas nesses serviços, sendo possível citar a participação e ocupação de espaços da cultura, como exposições, feiras, festivais, espetáculos; passeios turísticos; articulações com a educação formal, em especial com a educação de jovens e adultos (EJA); inserção no mercado de trabalho; entre outros.

A mobilização de recursos socioculturais é descrita como uma das dimensões que favorecem o cuidado, uma vez que tais recursos ampliam e diversificam as possibilidades de os sujeitos gerirem e expressarem sua própria história. Os participantes reforçaram a importância da aproximação com o território no qual as pessoas vivem e a necessidade de buscar o intercâmbio intenso com a cultura local, bem como com a cultura afro-brasileira. Para materialização deste posicionamento, anuncia-se como uma estratégia possível a identificação de pontos de cultura locais, valorizando a cultura popular, desconstruindo a imposição de uma cultura dominante, burguesa e colonial. Discutiu-se como, em alguns momentos, atribui-se valor artístico apenas àquilo que foi produzido pelos povos do norte global, enquanto a arte popular e a produção nacional não são reconhecidas e, em extensão, nem valorizadas. Daí a importância de identificar os grupos culturais existentes nos territórios dos Centro de Convivência e Cultura que possam ser fortalecidos e estabelecer trocas, parcerias e inserções, além de promover a visibilidade artística e cultural das produções dos conviventes e seu intercâmbio na sociedade.

Ainda sobre o território, dialogou-se sobre a relevância do estar junto com os familiares, acolhendo e apoiando suas iniciativas. Foi destacado a exigência ética de considerar marcadores que atravessam o sofrimento mental, assumindo o protagonismo de grupos que foram marginalizados ao longo da história do país, assim como fomentando discussões acerca do racismo, da LGBTIAfobia, do machismo, do capacitismo, dentre outros.

Nessa conjuntura, é imperativo reforçar a política intrasetorial e construir uma política intersetorial para os Centros de Convivência e Cultura. Refletindo sobre a primeira, os participantes identificaram a necessidade de (re)apresentar este dispositivo para os demais serviços que compõem a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), fortalecendo sua importância e contribuição no cuidado em liberdade. Subsidiando, assim, a tessitura de uma RAPS comprometida com a cultura, ampliando parcerias diversas. Quanto à política intersetorial, entendeu-se que, para exercer sua função nas RAPS, este serviço deve também articular outros setores, como cultura, arte, esporte, educação, trabalho, entre outros. Foram citadas escolas, academias e centros culturais do território como exemplos possíveis de mobilizações a serem realizadas. Destacou-se que essas parcerias e interlocuções devem ser construídas e sustentadas pelo cuidado, pelo respeito e acolhimento às diferenças. A defesa da intersetorialidade atualiza o entendimento de saúde e cuidado, dizendo da impossibilidade do acolhimento das pessoas e suas demandas a partir de uma atenção fragmentada. O quadro de profissionais previstos nas equipes destes serviços também ecoa tal dimensão sociocultural, estimando na equipe a presença de artistas, artesãos, arte-educadores e oficineiros para condução de atividades. Além do mais, é desejável que os demais profissionais tenham trajetória ou conhecimento no campo artístico cultural. Aposta-se numa atuação orientada para articulação de redes sócio-político-culturais.

Mais ainda, as atividades previstas neste serviço devem ocupar-se em ampliar a autonomia dos sujeitos. Quanto às possíveis mobilizações deste conceito, há de se ter cautela face a captura desta categoria pelo neoliberalismo, o qual o concebe a partir do paradigma de mercado, assentado na individualidade e na competitividade (Freire, 2022). Aqui se defende um modelo ético de autonomia, entendido como capacidade de agir com responsabilidade, de poder de intervenção e decisão. Ser autônomo é também ser reconhecido enquanto sujeito de saberes, ter consciência crítica da presença no mundo e assim

intervir nele. Em síntese, observa-se a defesa de um projeto técnico-institucional para os Centros de Convivência e Cultura alinhado com os princípios da reforma psiquiátrica e da luta antimanicomial, sendo este um espaço que convoca diferentes setores e atores para produzirem juntos no cotidiano da vida o cuidado em saúde mental.

No tocante ao eixo temático de trabalho e renda, foi manifesto o desejo de fortalecimento de políticas intersetoriais de inclusão e acesso de pessoas com história de sofrimento mental no mercado de trabalho. Contudo, não dizemos de inclusão qualquer, pois esta nada mais seria que perversa (Sawaia, 2001). Isso porque, ao distanciar-se do campo dos direitos, a inclusão constitui-se enquanto mecanismo de controle sobre os grupos excluídos e se apresenta a partir de formas desumanas de participação. Sendo assim, é feita oposição às práticas historicamente produzidas na relação entre loucura e trabalho: em que este ocupa função disciplinadora ou de manutenção da ordem social e econômica (Foucault, 2003).

Ao reivindicar políticas direcionadas a este campo, partimos do entendimento da saúde coletiva em que os processos de trabalho não são externos à saúde humana, mas sim fatores condicionantes desta (Laurell; Noriega, 1989). Desse modo, o trabalho emerge como um recurso possível para expressão da subjetividade, permitindo ao sujeito compreender sua existência e também seu sofrimento (Torre; Amarante, 2001). No que tange ao fazer dos Centros de Convivência e Cultura, dizemos que o seu principal convite aos sujeitos é a possibilidade de experimentação. Sendo necessário atenção, logo, para que suas atividades não se reduzam ao domínio do fazer/produzir, ou mesmo da comercialização. O desafio que se presentifica é a necessidade de pensar caminhos para geração de trabalho e renda permeados de sentido, com participação e protagonismo dos usuários.

No intento de engendrar pistas para o enfrentamento das questões apresentadas, o coletivo reunido no grupo temático propôs a criação de um fórum permanente de iniciativas de geração de trabalho e renda,

com destaque aos empreendimentos solidários e cooperativas sociais no âmbito das Redes de Atenção Psicossocial. Defendeu-se que este colegiado apoie, fortaleça e auxilie na comercialização da produção dos conviventes. No entanto, seu escopo de atividades está para além desta dimensão: sua atuação deve contribuir para reflexões sobre os processos de trabalho desenvolvidos nos serviços e associações, bem como para o sonhar projetos de sociedade que rompam com o modo capitalista de produção, afirmando o direito dos sujeitos que experienciam a loucura ao trabalho.

Em conclusão, como consequência dos projetos tecidos ao longo do Encontro, em plenária final foi reivindicado coletivamente a regulamentação dos Centros de Convivência e Cultura em portaria própria, com previsão de infraestrutura e recursos humanos adequados, bem como a instituição de formas de incentivo e financiamento para sua implantação e manutenção nos municípios. Ademais, numa avaliação dos alcances desta ação, foi deliberado a criação de um fórum de diálogo permanente entre os Centros de Convivência e Cultura, abrangendo entre seus membros trabalhadores, gestores, usuários, familiares e outros parceiros. Entre suas atribuições, comprometeu-se com o planejamento e a organização de um próximo encontro, convidando dispositivos e seus atores a continuidade do sonhar coletivo.

“É provocando que a gente se entende”⁴: tudo encontra-se em movimento, a mudança é permanente devir

A expressão reta não sonha
Arte não tem pensa:
Olho vê, a lembrança revê e a imaginação transvê.
É preciso transver o mundo.
Isto seja:
Deus deu a forma. Os artistas desformam.

⁴ Este título faz menção à obra de Walter Galvão, jornalista e poeta, o qual em 1987 lançou uma compilação de crônicas reunidas sob este título.

É preciso desformar o mundo:
Tirar da natureza as naturalidades.
(Barros, 1996, p. 75)

Proclamar sonhos é, sobretudo, anunciar a história como abertura de possibilidades. Abertura esta que instiga o humano em sua capacidade inventiva, pois o futuro não é um, mas sim permanente movimento. Aquele grupo de trabalhadoras sonhou este encontro, reuniu pessoas, forças e fez acontecer! Em 2021 havia 44 Centros de Convivência e Cultura no Estado de Minas Gerais (Minas Gerais, 2022a), hoje já são ao menos 57 em funcionamento⁵. Evidenciar o dispositivo através do encontro possibilitou uma sensibilização da importância do mesmo aos municípios, dando visibilidade às situações que favorecem, por meio do cuidado em liberdade, o protagonismo de pessoas com sofrimento mental dentro do seu território de origem. Em 2022, mediante a deliberação CIB-SUS/MG n.º 3767/2022 (Minas Gerais, 2022b), a qual institui o incentivo financeiro para os serviços no Estado, identificou-se um aumento de pactuações para implementação destes, de modo que outros 235 Centros de Convivência e Cultura devem ser implementados até o ano de 2025 (Minas Gerais, 2022c). Regiões de Minas Gerais que não contavam com o dispositivo começaram a dispor dele em suas Redes de Atenção Psicossocial.

Este cenário de ampliação na quantidade de serviços nos convoca a seguir sonhando e esperando. Esperançar, pois, como nos lembra Freire (1992), convoca-nos a se levantar e ir atrás, construir e não desistir, juntar-se com outros para fazer de outro modo. O sonho não se trata de projeto cerrado e, portanto, imutável, àquilo que necessariamente virá a ser. Dizemos desta dimensão como uma das bonitezas do sonhar, por afirmar as distintas possibilidades de dizer sim à vida (Freire, 2000), dialogando com a materialidade de cada território, serviço, usuário, convivente. Este é o nosso desafio!

⁵ Informação extraída da Deliberação CIB-SUS/MG n.º 4019/2022 (Minas Gerais, 2022c).

Ainda que façamos neste texto a apresentação de um projeto orientado para o futuro dos Centros de Convivência e Cultura, nosso anúncio nega a pretensão de proferir um modo único de fazer-funcionar cada serviço. Este posicionamento, contudo, não corresponde a uma ausência de princípios e diretrizes para o serviço em questão. Ao contrário, a tessitura de um projeto coletivo está intrinsecamente vinculada a tais dimensões.

Ao negarmos a unicidade, contestando processos de homogeneização, defendemos a necessária abertura para que cada serviço expresse a singularidade do território em que está inserido, que oportunize o sonho daqueles que cotidianamente o fazem: sejam trabalhadoras, usuários-conviventes, gestoras, bem como a sociedade ampla. Em defesa da coerência entre o discurso e a prática, dizemos da exigência da problematização inclusive do projeto aqui apresentado, situando-o como alvo de análises e revisões posteriores. Convidamos o leitor a esta tarefa, pois o sonho é atividade contínua: avaliando, comparando, reafirmando, retificando diante ao amanhã, ao deparar-se com outros problemas e novas soluções. Como declama Walter Galvão, a gente se entende nos provocando.

Agradecimentos

Agradecer, ter o que e a quem agradecer dá sentido ao viver. (Rosimeire Aparecida Silva – Psicóloga, militante do Fórum Mineiro de Saúde Mental)

A construção deste texto só foi possível porque algumas pessoas acreditaram que era possível e fizeram. Gostaríamos de agradecer a Comissão Organizadora e a todas, todos e todes que participaram deste encontro. Em homenagem à ação e à memória daqueles que sonharam conosco, abaixo apresentamos nominalmente as pessoas que compuseram a Comissão Organizadora do I Encontro dos Centros de Convivência e Cultura de Minas Gerais. Desejamos que este texto

constitua uma lembrança viva e reificada do trabalho tecido pela mão de muitas.

Adriana Mojica Veras M. Ponzo – Trabalhadora do Centro de Convivência de Itaúna;

Ângela Aparecida D. Barboza – Psicóloga da Superintendência Regional de Saúde Belo Horizonte;

Alessandra Rios de Faria – Trabalhadora da Escola de Saúde Pública de Minas Gerais;

Daniela Tonizza de Almeida – Gerente do Centro de Convivência Carlos Prates (BH);

Geraldo Batista Bernardino – Convivente do Centro de Convivência São Paulo (BH),
Conselheiro Distrital de Saúde de Belo Horizonte;

Giselle Campos Freitas Amorim – Gerente do Centro de Convivência Oeste (BH);

Juliana Martins Watanabe – Trabalhadora do Centro de Convivência e Cultura de
Uberlândia;

Karen Christina Zacché – Gerente do Centro de Convivência Arthur Bispo do Rosário
(BH);

Leida Uematu – Familiar da Saúde Mental de Minas Gerais, integra a Associação dos
Usuários do Serviço de Saúde Mental de Minas Gerais (ASUSSAM);

Marise Hilbert Santos – Gerente do Centro de Convivência Barreiro (BH);

Marta Elizabeth de Souza – Militante do Fórum Mineiro de Saúde Mental (FMSM);

Marta Soares – Gerente do Centro de Convivência São Paulo (BH);

Priscila Rayane Lopes Moraes – Trabalhadora da Escola de Saúde Pública de Minas
Gerais;

Pollyana Lúcia Costa Santos – Coordenadora do Centro de Convivência Contagem;

Wesllen Neiva – Artista dos Centros de Convivência de Belo Horizonte;

Wilma dos Santos Ribeiro – Gerente do Centro de Convivência Nise da Silveira (BH)

REFERÊNCIAS

BARROS, M. . As lições de R. Q. In: BARROS, M. , **Livro sobre nada**. Rio de Janeiro: Alfaguara, 1996.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Portaria SAS n.º 396, de 07 de julho de 2005**. Aprova diretrizes gerais para o Programa de Centros de Convivência e Cultura na rede de atenção em saúde mental do SUS. Distrito Federal: Ministério da Saúde. Disponível em: http://portal2.saude.gov.br/saudelegis/leg_norma_eselho_consulta.cfm?id=4015120&highlight=saude%20and%20ontal&bkp=pesqnorma&font=0&origem=0&sit=0&assunto=saude%20and%20mental&qtd=10&tipo_norma=&numero=&data=&dataFim=&ano=&pag=1. Acesso em: 12 dez. 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria n.º 3.088, de 23 de dezembro de 2011**. Institui a Rede de Atenção Psicossocial para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Distrito Federal: Ministério da Saúde. Disponível em: . Acesso em: 12 dez. 2023.

FOUCAULT, M. . **A história da loucura na idade clássica**. São Paulo: Perspectiva, 2003.

FREIRE, A. M. A. . Notas explicativas. In: FREIRE, P. , **Pedagogia da esperança: um reencontro com a pedagogia do oprimido**. 21. ed. São Paulo: Paz e Terra, 2014.

FREIRE, P. . **Pedagogia da autonomia: saberes necessários à prática educativa**. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 2022.

FREIRE, P. . **Pedagogia da esperança: um reencontro com a Pedagogia do Oprimido**. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1997.

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

FREIRE, P. . **Pedagogia do oprimido**. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1987.

FREIRE, P. . **Professora, sim; tia, não: cartas a quem ousa ensinar**. São Paulo: Olho D'Água, 1993.

LAURELL, A. C. ; NORIEGA, M. . **Processo de produção e saúde: trabalho e desgaste operário**. São Paulo: Hucitec, 1989

LOBOSQUE, A. M. . Loucura, ética e política: algumas questões de ordem da luta antimanicomial. In: CONSELHO FEDERAL DE Psicologia (Orgs.). **Loucura, ética e política: escritos militantes** São Paulo: Casa do Psicólogo, 2003.

MERHY, E. E.; FEUERWERKER, L. C. M.; CECCIM, R. B. . Educación Permanente en Salud: una Estrategia para Intervenir en la Micropolítica del Trabajo en Salud. **Salud Colectiva**, v. 2, n. 2, p. 147-160, 2006.

MINAS GERAIS. Escola de Saúde Pública. **Guia para o trabalho nas redes de atenção psicossocial em Minas Gerais: diretrizes e orientações**. Belo Horizonte: ESP-MG Editora, 2022a. Disponível em: http://www.esp.mg.gov.br/images/documentos/Guia_Trabalho_na_RAPS_Diretrizes_e_Orientacoes.pdf. Acesso em: 27 dez. 2023.

MINAS GERAIS. Secretaria de Estado de Saúde. **Deliberação CIB-SUS/MG n.º 3.767, de 22 de março de 2022**. Aprova as diretrizes gerais dos serviços da Rede de Atenção Psicossocial - RAPS do Estado de Minas Gerais, que são cofinanciados pela Política Estadual de Saúde Mental, Álcool e outras Drogas e pela Política de Atenção Hospitalar - Valora Minas, no âmbito do Estado de Minas Gerais e dá outras providências. Belo Horizonte: Governo do Estado de Minas Gerais, 2022b. Disponível em: . Acesso em: 12 dez. 2023.

MINAS GERAIS. Secretaria de Estado de Saúde. **Deliberação CIB-SUS/MG n.º 4.019, de 17 de novembro de 2022**. Aprova o Plano de Ação da Rede de Atenção Psicossocial do Estado de Minas Gerais, no âmbito do Sistema Único de Saúde do Estado de Minas Gerais e dá outras providências. Belo

Horizonte: Governo do Estado de Minas Gerais, 2022c. Disponível em: <https://www.saude.mg.gov.br/images/documentos/Del%204019%20-%20SUBPAS_SRAS_DSMAD%20-%20PAR%20RAPS.pdf>. Acesso em: 27 dez. 2023.

OLIVEIRA, E. C. . Prefácio. In: FREIRE, P. . **Pedagogia da autonomia: saberes necessários à prática educativa**. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 2022

PARO, C. A.; VENTURA, M.; SILVA, N. E. K. E. . Paulo Freire e o Inédito Viável: esperança, utopia e transformação na Saúde. **Trabalho, Educação e Saúde**, v. 18, n. 1, 2020.

ROTELLI, F.; LEONARDIS, O.; MAURI, D.; RISIO, C. (Orgs.). **Desinstitucionalização**. São Paulo: Hucitec, 1990.

SAWAIA, B. **As artimanhas da exclusão: análise psicossocial e ética da desigualdade social**. Petrópolis, Rio de Janeiro: Vozes, 2001.

SILVA, A. R. O. et al. . Enredando lutas cotidianas: dispositivos de saúde pela cidade. **Fractal: Revista de Psicologia**, v. 21, n. 3, p. 507–520, set. 2009.

SILVA, M. V. O. . O Movimento da Luta Antimanicomial e o Movimento dos Usuários e Familiares, In: CONSELHO FEDERAL DE Psicologia (Orgs.). **Loucura, ética e política: escritos militantes** São Paulo: Casa do Psicólogo, 2003.

TORRE, E. H. G.; AMARANTE, P. . Protagonismo e subjetividade: a construção coletiva no campo da saúde mental. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 6, n. 1, p. 73–85, 2001.





**CAMINHANDO DE MÃOS
DADAS, VIVER SEMEANDO
A LIBERDADE EM
CADA CORAÇÃO:**

clínica e cuidado na
Atenção Psicossocial

SEÇÃO 3

■ O título da seção 3 foi inspirado na música “Credo” de Milton Nascimento. A música compõe o disco Clube da Esquina 2, lançado em 1978, pela Gravadora Ariola/ Polygram.

■ As fotos utilizadas na abertura desta seção foram cedidas por: Adriana Mojica Veras Massanti Ponzo, Daniene Cássia dos Santos, Fabrícia Cristine Freitas, Jamile Alves Pereira e Karen Rafaela Santos.

O Técnico de Referência nos CAPS: quem é e o que faz¹

Ana Marta Lobosque

A figura do técnico de referência costuma existir em todos os serviços do tipo Centro de Atenção Psicossocial (CAPS). Em cada CAPS, um certo número de pacientes está vinculado a cada profissional que os acompanham de forma próxima e regular. Via de regra, trata-se de um profissional de nível superior, seja psicólogo, enfermeiro, psiquiatra ou qualquer outra das profissões que compõem a equipe destes serviços.

A definição do Técnico de Referência: quem referencia quem?

Esta definição se faz de modos diferentes, conforme cada CAPS. Nos Centros de Referência em Saúde Mental (CERSAMs)² de Belo Horizonte, e em vários outros serviços do tipo CAPS, o critério é territorial: os profissionais X, Y e Z referenciam os usuários que residem em determinados bairros da área de abrangência do serviço, constituindo uma microárea; enquanto A, B e C respondem por aqueles que moram em outra microárea da mesma região, e assim por diante. Ao chegar, o usuário é acolhido por qualquer um dos técnicos escalados para o acolhimento naquele dia e horário. Se for morador da mesma microárea do profissional que o acolheu, este se tornará o seu técnico de referência. Se pertencer a outra, este profissional discute o caso com os responsáveis por ela e, a partir de então, um deles assume a função de técnico de referência do novo usuário.

¹ Texto escrito em fevereiro de 2023 para subsidiar discussões em redes de atenção psicossocial de alguns municípios onde a autora atuou como supervisora clínico-institucional)

² Designação escolhida por alguns municípios para nomear dispositivos do tipo CAPS.

Este me parece ser um bom critério. Os profissionais ligados a uma determinada microárea conhecem bem, ou deveriam conhecer, seu território: os serviços de saúde e, particularmente, as equipes das unidades básicas de saúde ali existentes, com as quais se reúnem regularmente para a discussão, encaminhamento e compartilhamento de cuidado dos casos; os outros tipos de equipamentos, como os de cultura, esporte, lazer; as características econômicas e sociais, bem como os tipos de problemas enfrentados pelos bairros daquele território – por exemplo, aqueles onde há atuação do tráfico de drogas ou aqueles onde se concentram pessoas em situação de rua. Quando conhece de fato o tecido urbano e social de sua microárea, nela circulando e fazendo-se presente, o técnico encontra-se em condições muito mais favoráveis para auxiliar na promoção da inserção do usuário no território.

Eventualmente, o técnico de referência de um usuário pode ser substituído por outro. No entanto, tal substituição sempre requer reflexão e debate: não é bom que um técnico se acostume a tratar apenas aqueles usuários com os quais julga ter maior facilidade de manejo, pois um dos grandes desafios do cuidado é justamente o aprendizado de cada profissional a referenciar pessoas que, em princípio, lhe parecem difíceis de lidar. É importante superar certas dificuldades, compreendendo que elas derivam antes de nossas questões pessoais do que daquelas dos usuários. É preciso tentar insistir, investir: a tenacidade na oferta do cuidado é o que nos ensina, afinal, a querer bem a todos aqueles que acompanhamos, assim como a conquistar sua confiança e afeto, estabelecendo o laço indispensável ao cuidado.

Tal como é concebida sua função na Rede de Saúde Mental de Belo Horizonte, o técnico de referência pode pertencer a qualquer uma das categorias profissionais que compõem a equipe, não se justificando que o psicólogo referencie certo perfil de pacientes, o enfermeiro outro tipo de perfil e assim por diante. Tampouco se justifica que um

determinado profissional não referencie paciente algum porque sua formação acadêmica não o teria preparado para tal. É fundamental à lógica do cuidado de um CAPS considerar que todo profissional de nível superior que ali atua, seja qual for a sua formação acadêmica, deve exercer certas atribuições indispensáveis ao acompanhamento de um usuário, que competem ao técnico de referência.

Técnico de Referência: atribuições

Pensemos um pouco nas atribuições do técnico de referência. Todas elas, embora diversas entre si, são de idêntica importância, sendo desastroso priorizar uma em detrimento de outras. Começemos pela escuta: o que entendemos por escutar um usuário?

Escutar tem sempre a dimensão de colher e construir uma história, buscando apreender como se localiza nela o sujeito de que tratamos. Por que nos procuram Pedro, Lúcia ou Joana? O que cada um diz desejar e o que mostram desejar, sem o dizer? O que demandam, o que pedem? Como acolher a sua demanda, entendendo que isto não é necessariamente satisfazê-la? De onde vem Pedro? Onde nasceu Lúcia? Por que a família de Joana se mudou de cidade? Por que se separaram os pais de Pedro e, antes disso, por que se juntaram? O que foi que algum dia os uniu na concepção de uma criança? Lúcia teve sua crise em tal idade, com tais e tais sintomas; como era sua vida antes disso, sua convivência com os amigos, sua frequência da escola? De que gosta Joana, quais são suas preferências e quais as coisas que não suporta?

Pedro parece não querer muita conversa, mas, à medida em que se puxa o fio com delicadeza, não acaba por surgir algo aqui, algo ali, que o ajuda a entender melhor aquilo que o perturba? Lúcia, pelo contrário, fala demais, mas deixa de abordar aspectos importantes de sua vida. Como convidá-la a levar em conta essas questões que parece desconsiderar? Joana quase não conversa, não traz uma narrativa – mas, a escassez de palavras, ao invés de significar que está deliberadamente escondendo algo, não mostra talvez que suas dificuldades psíquicas

a impedem de esboçar um relato? Enfim, perguntar sem forçar a barra, evitando qualquer traço inquisitorial ou policalesco; ouvir sem atribuir aleatoriamente um significado ao que é dito; sugerir ou mesmo aconselhar algo, sem exigir ou impor, são atitudes indispensáveis à escuta.

Essa escuta do que diz ou deixa de dizer o usuário não pode deixar de se articular àquilo que contam – ou podem contar, se indagarmos – seus pais, seus irmãos, seus vizinhos. É muito comum, na leitura de um prontuário ou na apresentação de um caso, a ocorrência de grandes lacunas no relato da história da vida do usuário, para as quais se alega como explicação: ele não sabe dizer ou não responde quando tento tratar deste assunto. Mas, já fizemos estas perguntas às pessoas que o conhecem, que são ou foram próximas dele? Já procuramos de fato estas pessoas, quando elas não se apresentam a nós? Não é incomum ouvir, em certas situações: sua mãe nunca aparece no serviço ou a família não liga para ele. Mas, sempre vale a pena tentar, de forma decidida, buscar elementos dessa história junto aos familiares. As lacunas são perigosas porque tornam todos os casos muito parecidos entre si, mesmo porque muitos já passaram pelo mesmo tipo de acontecimentos penosos. Miguel, João e Regina tiveram seus pais assassinados, o que parece fazer deles um mesmo tipo de pacientes, com o mesmo tipo de problema. Mas, seus pais não eram os mesmos, não foram todos mortos da mesma maneira, nem pelo mesmo motivo. Não tinham todos o mesmo papel e significado na vida dos filhos.

No que diz respeito aos familiares, além da busca dessa história, há várias outras intervenções que competem ao técnico de referência. Ouvir suas dificuldades, avaliar sua situação, apreender o tipo de relação que estabelecem com o familiar em sofrimento mental, sem julgamentos morais que os desqualifiquem, mas também sem cumplicidades que os autorizem a excluir ou destratar seu membro mais frágil. Fazê-los sentir que são bem-vindos no serviço e solicitar sua presença, não para impor-lhes obrigações, mas para ajudá-los a cumprir seus compromissos. Não

para ensinar-lhes autoritariamente como devem tratar o paciente, mas para orientá-los e pensar junto com eles a melhor atitude a tomar numa situação dada. Tudo isso é também parte necessária da escuta a ser feita pelo técnico de referência.

Em suma, a escuta aqui referida é aquela que permite singularizar cada caso. É essencial encontrar, seja para além do diagnóstico, seja para além das perdas e vulnerabilidades em comum, o que torna Regina diferente de outros que parecem tão iguais a ela. Destacar e perceber o que é próprio a um sujeito, retirando-o do limbo confuso no qual todos se misturam e parecem se assemelhar, é uma função essencial do cuidado antimanicomial. E o técnico de referência, justamente, tem um importante papel neste precioso traçado de uma singularização.

A partir dessa escuta, dia após dia, o técnico de referência começa a ter elementos para avaliar se o CAPS é o melhor lugar para o atendimento daquele usuário e, caso sim, qual a melhor forma de frequência do serviço. Será o caso de agendar um novo atendimento no dia seguinte ou dentro de uma semana? Ou será mais adequada a permanência-dia (PD)? Em caso de permanência-dia, com ou sem hospitalidade noturna (HN)? Começar com a permanência-dia diariamente, ou duas, ou três vezes por semana, aumentando ou diminuindo conforme a necessidade? Nesta função de modulação da forma e da frequência da PD, e da HN quando necessária, exercida pelo técnico de referência, reside uma diferença essencial entre o hospital psiquiátrico e os serviços do tipo CAPS: enquanto no hospital psiquiátrico o paciente é internado por um período em princípio indefinido, tendendo a prolongar-se, geralmente à sua revelia, nos CAPS a avaliação diária pelo técnico de referência, com apoio da equipe, possibilita a cada dia, caso necessário, modificar o tempo em que o usuário deve permanecer no serviço. Modificações feitas a partir de um acordo, envolvendo negociações com ele próprio e com a família, que contribuem para tornar a frequência do serviço interessante e desejada pelo próprio paciente.

Compete também ao técnico de referência constatar e atender certas necessidades práticas do usuário: uma ida ao dentista, uma avaliação ginecológica e outras medidas que dizem respeito à sua saúde em geral; uma ajuda para providenciar documentos que faltam; um afastamento temporário do trabalho ou da escola; e assim por diante. Igualmente, cumpre-lhe encontrar outras possibilidades de cuidado e de presença no território, que podem ser simultâneas à sua permanência no CAPS: um encaminhamento ao Centro de Convivência, uma conversa com a escola, o contato com a Unidade Básica de Saúde (UBS) para uma visita domiciliar ou uma consulta, sua vinculação à equipe da UBS de referência. Cabe-lhe, ainda, propor e participar de reuniões entre pontos de atenção da rede e/ou espaços intersetoriais – os equipamentos de geração de renda, a promotoria, o abrigo, a instituição socioeducativa, a escola. Ao longo do tratamento, o técnico de referência vai ajudando o usuário na construção de seu projeto de vida, ao incentivar as possibilidades de convivência e fortalecer laços afetivos e redes de suporte no território, a procurar possíveis saídas através do trabalho, do estudo e assim por diante.

Igualmente, no âmbito do serviço, importa procurar saber quais as atividades que interessam ao usuário, zelando para que esteja presente nas oficinas, passeios, assembleias, conforme suas preferências – Marina não gosta da oficina de música, mas se interessa pela de culinária; Gabriel não se sente à vontade em nenhuma atividade coletiva num dado momento, mas gosta de jogar damas ou baralho. Apresentar o serviço ao usuário e a seus familiares, mostrar suas diferenças face ao modelo manicomial, convocá-los a participar do cotidiano do serviço, nas festas e passeios, bem como de sua defesa e sustentação, nas assembleias, reuniões de família, conferências de saúde, é sempre necessário. Ainda, é importante permanecer atento aos laços que o usuário vai estabelecendo com as pessoas no serviço, seja com os pares, seja com os demais técnicos de equipe – por exemplo, um vínculo especial com um técnico de Enfermagem, um redutor de danos, uma

pessoa da cozinha, faz destes profissionais parceiros importantes do técnico de referência, ajudando-o a compreender melhor os gostos, os talentos e as dificuldades do usuário.

Evidentemente, para que a escuta tenha efeitos concretos no projeto terapêutico é preciso que o técnico de referência atenda ao usuário com frequência e regularidade – em princípio, em todos os dias em que comparece ao CERSAM. Este atendimento terá duração variável: será mais longo quando o usuário desejar falar por mais tempo ou no dia em que o técnico de referência estiver mais liberado de outras tarefas do serviço; mais curto, num dia muito movimentado ou quando o próprio usuário está envolvido em outras atividades. Mas, deve acontecer sempre, não pode faltar. O interesse e o investimento neste atendimento consolidam o vínculo entre o usuário e o técnico de referência, criando entre eles relações de confiança e respeito. Quando um técnico de referência exerce bem as suas funções, o usuário sabe que pode dirigir-se a ele no caso de uma situação difícil que lhe sobrevém, de uma questão muito pessoal que não quer endereçar a nenhuma outra pessoa, de uma demanda para a qual requer sua mediação. O técnico de referência é reconhecido pelo usuário como alguém com quem mantém um laço vivo e singular.

Este atendimento frequente e regular nem sempre acontece, por motivos vários. Por vezes, o técnico de referência atende mais frequentemente os usuários que o demandam muito, acabando por esquecer-se daqueles mais calados ou quietos, os quais acabam passando despercebidos. Noutras, julga que os usuários mais desorganizados, ou menos capazes de manter uma conversação, não necessitam de tal atendimento. Noutras vezes, ainda, o técnico acaba por exercer com todos os seus pacientes a função de definir seus dias de vinda ao serviço ou o momento de seu encaminhamento a outro ponto de atenção da rede de forma meramente burocrática. Assim, toma-se estas e outras decisões sem uma consideração atenta às questões e as necessidades de cada um, as quais só o atendimento regular e frequente permite apreender.

Ora, é sempre possível e necessário sustentar tal atendimento. O paciente recusa-se a entrar no consultório? Pode-se conversar com ele no quintal, jogando jogo da velha ou assistindo a um vídeo no celular. Não gosta ou não consegue falar de si? Pois fale sobre qualquer assunto que lhe interesse. Não consegue ficar muito tempo numa situação de tête-à-tête com o técnico de referência? Pois fique cinco minutos. O que não se pode é esquecer o usuário, não se pode deixar de procurá-lo no serviço, observar como passa o dia, perceber caso esteja ausente. É preciso perguntar-lhe como está, convidá-lo para uma conversa, uma brincadeira, uma ida à padaria. Ter em mente as questões importantes para ele: a necessidade de encaminhá-lo para uma consulta, de marcar uma reunião com outros atores envolvidos no caso, de convocar a família para decidir uma pendência. Isto implica em que, quando se indica ao usuário o comparecimento ao serviço em dias em que o técnico de referência não está presente, seja definido com clareza o motivo dessa indicação – por exemplo, participar da assembleia, ou de determinada oficina, ou passeio de seu interesse; e que se nomeie alguém responsável neste dia por recebê-lo e estar, se necessário, a seu dispor. Finalmente, quando o técnico de referência se ausenta por férias, licença médica ou qualquer motivo, um outro profissional deve ser expressamente designado para substituí-lo junto a cada usuário que referencia - e não apenas pró-forma, mas cumprindo de fato a sua função.

É desnecessário dizer que este laço peculiar entre o usuário e seu técnico de referência não significa que o técnico trate dele sozinho. A participação da equipe é fundamental. Todos os seus membros podem ser convocados para esta ou aquela ação importante para o projeto terapêutico. A discussão do caso com os colegas na reunião de equipe, como na sala de plantão, é sempre um espaço importante para o surgimento de novas propostas e soluções. Em momentos de agitação ou sofrimento agudo, qualquer pessoa da equipe presente pode e deve intervir. O psiquiatra deve ser um parceiro não só no que diz respeito à

medicação, como também à construção do laço e da história do sujeito. Como já foi dito, os vínculos com os pares e com outros trabalhadores são significativos e enriquecem o cuidado. No entanto, cabe sempre ao técnico de referência a responsabilidade pela singularização de cada caso a seus cuidados, a partir da qual se estabelece o norte do tratamento e as medidas que lhe dão sustentação.

Técnico de Referência: saberes e interdisciplinaridade

A interdisciplinaridade, como já dito, é essencial à lógica do cuidado antimanicomial, opondo-se ao modelo médico-centrado dos hospitais psiquiátricos. No entanto, seu exercício e presença no serviço não são do gênero – “o psicólogo faz Psicologia”, “o assistente social faz Serviço Social” e assim por diante. Diversamente, os vários saberes de cada categoria profissional se trocam e se articulam nas reuniões de equipe, nas discussões de caso, cada um aprendendo com o outro. E, sobretudo, há a necessidade de desconstruir certos modelos de saber aprendidos na universidade, muitas vezes alheios à saúde pública e à Reforma Psiquiátrica, que não se mostram adequados para o trabalho de um serviço do tipo CAPS.

Sendo assim, é preciso ter em mente que a escuta de que se trata na atuação do técnico de referência não é uma psicoterapia ou uma Psicanálise. O fato de que um trabalhador tenha ou não formação no âmbito dessas práticas por si só não o torna mais, nem menos, capaz para suas atribuições enquanto técnico de referência. Tal formação, aliás, quando não considera a dimensão característica da atenção psicossocial, pode levá-lo a privilegiar o espaço do consultório, a apegar-se ao *setting*, deixando de lado outras atividades essenciais ao serviço, como oficinas, passeios, assembleias. Também pode levá-lo a rejeitar sub-repticiamente este ou aquele usuário, porque “não se implica” no atendimento, ou “não elabora”. Noutros casos, porém, quando se articula às questões próprias das práticas antimanicomial, esta formação pode contribuir muito para o trabalho e para partilhar seus conhecimentos com os colegas mais inexperientes. Por

consequente, não pode existir no serviço uma divisão entre psicanalistas e não-psicanalistas, psicoterapeutas e não-psicoterapeutas. Uma tal divisão resultaria inevitavelmente numa hierarquia em que os primeiros fariam o trabalho “nobre” do atendimento em consultório, enquanto os segundos as atividades “menos nobres” de reuniões, oficinas etc. Por outro lado, dividiria os usuários entre aqueles que precisam e aqueles que não precisam de uma escuta, como se esta escuta não fosse essencial para todos eles.

A escuta de que se trata não requer rigor técnico, mas sensibilidade. A sua precisão reside, antes, no acolhimento e no desejo de cuidar do que na posse de conhecimentos específicos. Sob este ponto de vista, os trabalhadores das diferentes profissões estão igualmente aptos a realizá-la. O seu melhor exercício por alguns do que por outros passa antes pela disponibilidade, empenho e compromisso de cada um e não pelo fato de possuir esta ou aquela formação. A este propósito, pode ser útil adquirir certas noções de psicopatologia psiquiátrica ou apreender uma certa concepção do sujeito do inconsciente da Psicanálise, apontando para a necessidade de investimento na educação permanente dos trabalhadores: supervisão clínico-institucional regular, cursos de capacitação, promoção de seminários e outros espaços de debate teórico-prático. No entanto, ao longo de todos estes anos, pode-se ver claramente como os profissionais das mais diversas formações mostram-se, quando decididos a isto, plenamente capazes de acompanhar e conduzir casos de todos os tipos. Ademais, seus conhecimentos e seu âmbito de ação clínica beneficiam-se muitíssimo da experiência de cuidar e conviver com o sofrimento mental grave – experiência que a grande maioria deles não tem na universidade, quando esta tem como local de estágio e formação o hospital psiquiátrico.

No hospital psiquiátrico, o saber sobre o diagnóstico, a psicopatologia e a medicação são considerados os mais importantes, sendo estes privativos do psiquiatra, sempre colocado numa posição

hierarquicamente superior à dos demais profissionais. Na Rede de Atenção Psicossocial em geral, e nos serviços do tipo CAPS em particular, este saber, embora necessário, não é o que mais importa: vem no lugar de um subsídio, uma contribuição dentre outras, para ajudar a compreender, atender e cuidar de cada pessoa. No hospital psiquiátrico, apenas o psiquiatra poderia decidir sobre o projeto terapêutico. Nos CAPS, diferentemente, ele ajuda o técnico de referência em tais decisões. A propósito, cumpre observar que o saber específico do psiquiatra sobre psicofarmacologia costuma sempre ser requisitado nos serviços do tipo CAPS, onde a grande maioria dos pacientes costuma necessitar de medicação. No entanto, isso não lhe confere de forma alguma maior autoridade na definição e na condução do tratamento.

No que diz respeito a esta definição e condução, o técnico de referência é convocado à responsabilidade que lhe é própria e um CAPS não pode se afirmar como um dispositivo efetivamente antimanicomial se tal responsabilidade não é sustentada, de fato, por cada membro da equipe junto aos usuários que referencia.

Instrumento para registro do Projeto Terapêutico Singular em Centro de Atenção Psicossocial

Maria Odete Pereira

Ana Carolina Stuart Leite Costa

Micael Alves dos Santos

Introdução

A Reforma Psiquiátrica trouxe uma mudança de paradigma na assistência em saúde mental, que incluiu a implantação de estratégias terapêuticas multiprofissionais. Estas estratégias visam promover a interação entre os profissionais de uma equipe e articular ações para garantir a autonomia e dignidade dos pacientes (Bezerra-Júnior, 2007).

Nesse sentido, a Cartilha Humaniza-SUS, documento orientador do Ministério da Saúde (MS), definiu o Projeto Terapêutico Singular (PTS) como um conjunto de ações terapêuticas resultantes de discussão e construção coletiva de uma equipe multidisciplinar. Essa é uma estratégia que está para além do paradigma médico, buscando resolver as necessidades do indivíduo, impondo-se à lógica que utiliza apenas critérios diagnósticos (Brasil, 2007).

Assim, o PTS constituiu-se numa ferramenta que envolve a pessoa com transtorno mental, seus familiares e a rede social, em um processo contínuo, integrado e negociado. Este, por sua vez, compreende ações para satisfazer as necessidades, promover a autonomia, o protagonismo e a inclusão social do indivíduo. Também visa alcançar mudanças sustentáveis ao longo do tempo, reduzindo a dependência exclusiva dos serviços de saúde por meio da ativação de recursos externos (Mângia; Muramoto, 2007).

Segundo Barros (2009), o PTS é considerado uma alternativa ao modelo biomédico, desenvolvido por meio de ações conjuntas e

coletivas para atender às necessidades das pessoas, promovendo mudanças de vida. Trata-se de uma alternativa centrada nos sujeitos, o que o torna singular. É, portanto, um arranjo operador e gestor de cuidado, que envolve cooperação e compartilhamento de saberes centrados no usuário, considerando seus desejos, projetos, ideologias, interesses, visão de mundo e subjetividade.

Para Mororó (2010), o PTS é definido como um conjunto de condutas terapêuticas articuladas, resultantes de discussão coletiva de uma equipe interdisciplinar. Além de melhorar sintomas, o PTS visa ampliar a rede social e aumentar os espaços de contratualidade para modificar o curso do adoecimento.

Já segundo Merhy (2005), o PTS deve responder às demandas objetivas e subjetivas dos usuários, visando à sua autonomia e à apropriação do processo de cuidado. Assim, o PTS deve incorporar aspectos práticos relacionados ao habitar, trabalho e trocas sociais, envolvendo redes de suporte social. Em sua construção, a meta principal é a inserção social por meio de ações educativas, esportivas, culturais e de lazer, adaptadas às necessidades de cada usuário. Pode-se assim dizer que essa ferramenta está alinhada à Política Nacional de Saúde Mental e vai além da estrutura física dos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), pois busca articular redes de suporte social para contribuir com o restabelecimento de vínculos fragilizados durante o processo de adoecimento (Rasch *et al.*, 2015).

Com base nas definições descritas anteriormente, verifica-se que elas não apresentam divergências significativas. As posições dos autores citados são complementares, com um ponto central de convergência: o resgate da cidadania como objetivo final das estratégias de cuidado, alcançado por meio da singularização das necessidades. Embora possam existir diferenças na nomenclatura utilizada, prevalece o termo PTS por ser adotado pelos serviços comunitários especializados de saúde mental – os CAPS.

Segundo o Ministério da Saúde (2005, p. 7), o primeiro CAPS do Brasil surgiu em 1985, no município de São Paulo/SP. Com o tempo, o serviço substitutivo foi se aprimorando e outros foram criados em várias partes do Brasil. Em 2001, a Lei n.º 10.216, que normatizou o direito de tratamento em saúde e proibiu internações em instituições com características asilares, contribuiu com esse crescimento. Posteriormente, foi a Portaria n.º 336/2002, que primeiro trouxe especificidades do funcionamento de um CAPS.

No ano de 2019, o município de Carmópolis de Minas, em Minas Gerais, com cerca de 19.756 habitantes, inaugurou o CAPS I Dona Dinica. A implantação do serviço ocorreu para atender à crescente demanda de saúde mental, expressa, sobretudo, pelo alto índice de suicídio e pelo uso abusivo de álcool e outras drogas. Após a implantação do CAPS I pela gestão municipal, teve início, em 2021, a supervisão clínico-institucional, financiada pela Secretaria de Estado da Saúde de Minas Gerais, com duração de um ano.

Durante essa supervisão, os profissionais do serviço foram capacitados e várias ações¹ foram realizadas, tais como: início do apoio matricial às equipes da Atenção Primária à Saúde (APS); implantação de assembleia de usuários e grupo de familiares; adequação do roteiro de triagem para acolhimento (com anamnese e exame do estado mental); capacitação da equipe para realização do acolhimento; participação em reuniões de equipe e construção de cronograma das mesmas com a coordenação do serviço; construção de instrumento de PTS dos usuários do serviço; entre outras. Neste texto, o enfoque será na construção da proposta de instrumento de PTS, uma vez que tal instrumento é o diferencial no processo de cuidado à saúde

¹ A avaliação de infraestrutura, processo de trabalho e resultados realizada no âmbito da dissertação de mestrado intitulada “Avaliação de estrutura, processo e resultado do Centro de Atenção Psicossocial de Carmópolis de Minas/MG”, permitiu o diagnóstico situacional das fragilidades do referido CAPS I, as quais foram objeto das ações durante a supervisão clínico-institucional.

mental em relação a técnicas realizadas anteriormente, técnicas estas que dificultavam o desenvolvimento do indivíduo para um sujeito independente, autônomo e consciente de si.

Desenvolvimento

Enfatiza-se que o PTS deve ser centrado no usuário, considerando todas as suas necessidades e contexto de vida, sendo flexível e reavaliado periodicamente. Para garantir a elaboração e operacionalização desse instrumento, é sugerida a adoção de eixos norteadores, como a centralidade na pessoa, parceria entre equipe e usuário, articulação de recursos do território, ênfase no contexto da pessoa, construção compartilhada e definição de metas acordadas.

De acordo com a Política de Humanização do Sistema Único de Saúde, o PTS deve incluir o diagnóstico; a definição de metas a curto, médio e longo prazos; bem como a responsabilização de todos os envolvidos. Além disso, deve ser elaborado e executado com a participação da equipe e dos usuários, com metas claras para aumentar o conhecimento do usuário acerca de seus problemas, sua independência e autonomia afetiva, material e social.

Embora seja criticada a utilização de protocolos rígidos, sugere-se a utilização de um roteiro para direcionar a equipe, desde o diagnóstico situacional até a definição de metas em negociação com o usuário e sua família, divisão de responsabilidades da equipe e avaliações periódicas. Assim, o MS propõe quatro etapas para a construção de um PTS: 1) diagnóstico e análise situacional, avaliando integralmente o sujeito ou coletivo; 2) definição de ações e metas a curto, médio e longo prazo em um processo compartilhado de decisões; 3) divisão de responsabilidades entre os participantes do PTS e designação de um profissional de referência; 4) reavaliação do caso, discutindo evolução, alterações, novas metas e mudanças necessárias – nessa última etapa é o momento de realizar o inventário do PTS (Brasil, 2014).

Com base nessas recomendações do MS e na leitura de revisão integrativa realizada por Baptista *et al.* (2020), durante a supervisão clínico-institucional, a primeira autora deste trabalho qualitativo, narrativo e de relato de experiência, estruturou, em um documento do Word®, as quatro etapas propostas pelo MS. Essas etapas são: o diagnóstico das necessidades do(a) usuário do serviço; as metas de curto, médio e longo prazo; a divisão das responsabilidades entre usuário(a), familiar e trabalhador e a reavaliação do caso.

Assim, esse estudo desenvolvido por Baptista *et al.* (2020) e as quatro etapas do PTS recomendadas pelo MS (Brasil, 2014) foram apresentados aos profissionais da equipe técnica do CAPS I (médico psiquiatra, enfermeira, terapeuta ocupacional, psicóloga e assistente social), em reunião de equipe no dia 23 de julho de 2021. Essa etapa objetivou atender ao item “Princípios norteadores da construção do Projeto Terapêutico Singular: organização do cotidiano, a importância do técnico de referência no caso a caso do serviço de Saúde Mental”, do Plano de Trabalho de supervisão clínico-institucional. Ademais, permitiu trabalhar a fragilidade do serviço indicada pela pesquisa avaliativa de Gomes (2021), que incluiu a inexistência de registro do PTS dos usuários; existência de roteiro de triagem, mas não para o acolhimento de fato; inexistência de assembleia de usuários, grupo de familiares, oficinas geradoras de renda e de reuniões de equipe sistemática.

Como estratégia metodológica adotou-se o grupo operativo, proposto por Pichon-Rivière (2005). Segundo esse autor, um grupo é um “conjunto restrito de pessoas, ligadas entre si por constantes de tempo e espaço, articuladas por sua mútua representação interna, que se propõem, de forma explícita ou implícita, a uma tarefa que constitui a sua finalidade” (p. 234). Ainda, segundo Menezes e Avelino (2016), um grupo operativo pode trabalhar temas variados, em diferentes perspectivas, oferecendo conhecimento científico em determinado assunto para um grupo de pessoas.

Assim, na reunião mencionada anteriormente, a terapeuta ocupacional, coautora neste texto, colaborou na formatação do instrumento (Apêndice 1) e o grupo sugeriu a elaboração de um instrumento adicional, para registro das atividades no dia a dia, visto que o PTS ficaria no prontuário do usuário. Este instrumento adicional (Apêndice 2) – contendo nome do usuário, atividade(s) inscrita(s) em seu PTS, data da atividade, assinatura do mesmo e do profissional – seria impresso em duas vias, ficando uma no prontuário e a outra entregue ao usuário, de forma a trabalhar sua corresponsabilização com o PTS. Adicionalmente, facilitaria sua adesão às atividades acordadas entre a equipe e o familiar do usuário para quando se fizer necessária a ajuda deste para o usuário frequentar o serviço.

Na semana seguinte à formatação do PTS, o instrumento passou a ser adotado pelos profissionais. Nove meses depois, ao finalizar a supervisão clínico-institucional, nenhuma alteração foi solicitada. No entanto, até aquele momento, o PTS não havia sido elaborado para os usuários ativos no serviço, pois a equipe referiu não ter conseguido atingir o objetivo devido às excessivas demandas de trabalho. Ademais, relataram que ainda não havia tempo suficiente para avaliar se seriam necessários ajustes relacionados, principalmente, às metas de médio e longo prazos. A pandemia de COVID-19 também foi mencionada como justificativa. Pondera-se que, embora este não seja objeto deste texto, Gomes *et al.* (2021) relataram que a equipe técnica do CAPS I de Carmópolis de Minas realizou adequações em seu processo de trabalho, durante a pandemia de COVID-19, para atender às demandas dos usuários do serviço.

Em relação à não adoção do instrumento proposto nas práticas diárias do processo de trabalho no CAPS, avalia-se que esta pode ser uma fragilidade. Isso se deve ao fato de o serviço ser recém-implantado e carecer de protocolos e ferramentas de trabalho que potencializem e direcionem o cuidado integral em saúde mental.

Ademais, conforme exposto anteriormente pelos autores (Barros, 2009; Baptista *et al.*, 2020; Mororó, 2010), o PTS é um instrumento que acrescenta, sobremaneira, as possibilidades da gestão do cuidado, tendo como foco a integralidade do indivíduo e seu meio de inserção social. É preciso, portanto, refletir que a não adoção deste instrumento e a ausência de algum outro processo formal podem reduzir a efetividade do plano de cuidados proposto pela equipe local.

Com relação às quatro etapas do PTS, a revisão integrativa realizada por Baptista *et al.* (2020), mostrou que a divisão das responsabilidades entre usuário(a), familiar e trabalhador, bem como a reavaliação do caso, foram as etapas que menos foram alcançadas pelos artigos incluídos no estudo.

Já a avaliação da implantação do PTS, segundo as quatro etapas indicadas pelo MS (Brasil, 2014), não foi possível de ser realizada durante a supervisão devido ao tempo limitado determinado pelo sistema atual e esta se constitui enquanto uma limitação desta intervenção. Todavia, a disponibilização de um instrumento, baseado em evidência científica, foi uma contribuição valiosa para a equipe do CAPS I de Carmópolis de Minas, pois, conforme já mencionado, trata-se de um serviço recém-implantado.

Isto significa que experiências e práticas baseadas na literatura tendem a fortalecer a atuação profissional e direcionar o trabalho da equipe. Ademais, o serviço já estava alinhando seus processos de trabalho a partir de um diagnóstico situacional realizado por Gomes (2021), conforme mencionado anteriormente, e o modelo de PTS foi elaborado a partir da realidade local com possibilidade de alteração sugerida pelos atores envolvidos no processo: a equipe e os usuários.

Considerações finais

O PTS, na saúde mental, tem como foco as necessidades singulares de cada ser humano para o qual é destinado. Para tanto, deve ser desenvolvido em parceria com redes de suporte e seu objetivo

é fortalecer os laços e direcionar as pessoas, oferecendo cuidados personalizados e acolhedores.

Por meio desse projeto, é possível revisar e redefinir suas histórias de vida e sua relação com o processo de adoecimento e/ou o uso abusivo de substâncias psicoativas. Ademais, ainda permite a reinserção e reabilitação psicossocial, por meio da criação de novas redes, em diferentes setores da sociedade. Desta forma, os PTS possibilitam transformar as práticas de cuidado em saúde mental, priorizando as necessidades das pessoas no contexto social. Essas potencialidades fazem frente aos desafios que estão associados ao cuidado integral e reorganização dos serviços e equipes de saúde.

A implementação de equipes interdisciplinares é crucial para apoiar o trabalho interdisciplinar e promover o desenvolvimento de práticas e conhecimento. No entanto, a adoção de novos processos de trabalho em saúde tem sido desafiadora, gerando conflitos, ambiguidades e dúvidas. É necessário superar esses obstáculos para garantir uma efetiva integração das equipes e aprimorar os cuidados de saúde.

Infere-se, ainda, que a necessidade de transgredir a lógica normativa da Psiquiatria faz com que muitos profissionais e gestores de CAPS resistam à adoção de PTS impressos ou eletrônicos, mas é importante que se tenha em mente que o que não é registrado inexistente, não tem visibilidade. Adicionalmente, sendo o PTS um documento, este pode comprovar as intervenções terapêuticas realizadas durante o percurso do usuário no serviço e na Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), para além da medicalização e de um resultado mais efetivo no processo de cuidado em saúde mental.

REFERÊNCIAS

BAPTISTA, Juliana Ávila *et al.* Projeto terapêutico singular na saúde mental: uma revisão integrativa. *Revista Brasileira de Enfermagem*, v. 73, n. 2, 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2018-0508>. Acesso em: 02 jun. 2023.

BARROS, Juliana de Oliveira. **A construção de projetos terapêuticos no campo da saúde mental: apontamentos acerca das novas tecnologias**

de cuidados. 2010. Dissertação (Mestrado em Movimento, Postura e Ação Humana) – Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2010. Disponível em: <https://teses.usp.br/teses/disponiveis/5/5163/tde-21092010-093913/pt-br.php>. Acesso em: 03 jun. 2023.

BEZERRA JÚNIOR, Benilton. Desafios da reforma psiquiátrica no Brasil. *Physis*, v. 17, n. 2, p. 243-250, 2007. Disponível em: <https://www.scielo.br//physis/a/H4wVY4ZDK9nKqdGsdzyJkWg/>. Acesso em: 03 jun. 2023.

BRASIL. **Lei n.º 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. Brasília: Presidência da República, 2001. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/leis_2001/10216.htm. Acesso em: 24 maio 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Clínica ampliada, equipe de referência e projeto terapêutico singular.** 2. ed. Brasília/DF: Ministério da Saúde, 2007. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/clinica_ampliada_2ed.pdf. Acesso em: 03 jun. 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Cadernos de Atenção Básica: Núcleo de Apoio à Saúde da Família – Volume 1:** ferramentas para a gestão e para o trabalho cotidiano. Brasília: Ministério da Saúde, 2014. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/nucleo_apoio_saude_familia_cab39.pdf. Acesso em: 03 jun. 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas. Coordenação Geral de Saúde Mental. **Reforma psiquiátrica e política de saúde mental no Brasil.** Documento apresentado à Conferência Regional de Reforma dos Serviços de Saúde Mental: 15 anos depois de Caracas. OPAS. Brasília, novembro de 2005. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/Relatorio_15_anos_Caracas.pdf. Acesso em: 28 dez. 2023.

BRASIL. **Portaria n.º 336, de 19 de fevereiro de 2002.** Dispõe sobre Modalidades, Organização e Funcionamento dos CAPS. Brasília: Gabinete do Ministério da Saúde, 2022. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2002/prto336_19_02_2002.html. Acesso em: 24 maio 2023.

GOMES, Natália de Magalhães Ribeiro *et al.*. Processo de trabalho em serviço de saúde mental na pandemia de Covid-19: estudo qualitativo. *Online Brazilian Journal of Nursing (On-line)*, v. 20, n. supl. 1, p. e20216522-e20216522, 2021. Disponível em: <https://docs.bvsalud.org/biblioref/2022/01/1352722/6522-article-text-38104-1-10-20211220.pdf>. Acesso em: 28 dez. 2023.

GOMES, Natalia de Magalhães Ribeiro. **Avaliação de estrutura, processo e resultado do Centro de Atenção Psicossocial de Carmópolis de Minas/MG.** 2021. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Escola de Enfermagem, Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2021. 179f. Disponível em: <http://hdl.handle.net/1843/38530>. Acesso em: 03 jun. 2023.

MÂNGIA, Elisabete Ferreira; MURAMOTO, Melissa. Redes sociais e construção de projetos terapêuticos: um estudo em serviço substitutivo em saúde mental. *Revista de Terapia Ocupacional da Universidade de São Paulo*, v. 18, p. 54-62,

2007. Disponível em: https://www.researchgate.net/publication/313781303_Redes_sociais_e_construcao_de_projetos_terapeuticos_um_estudo_em_servico_substitutivo_em_saude_mental. Acesso em: 03 jun. 2023.

MENEZES, K. K. P. ; AVELINO, P. R. Grupos operativos na Atenção Primária à Saúde como prática de discussão e educação: uma revisão. **Cadernos Saúde Coletiva**, v. 24, n. 1, p. 124–130, jan. 2016. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/cadsc/v24n1/1414-462X-cadsc-24-1-124.pdf>. Acesso em: 03 jun. 2023.

MERHY, Emerson Elias. Engravitando palavras: o caso da integralidade. In: **CONGRESSO DA REDE UNIDA**, 2005, Belo Horizonte, MG. Disponível em: <http://www.uff.br/saudecoletiva/professores/merhy/capitulos-06.pdf>. Acesso em: 02 jun. 2023.

MORORÓ, Martha Emanuela Martins Lutti. **Cartografias, desafios e potencialidades na construção de projeto terapêutico em Centro de Atenção Psicossocial**. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo São Paulo, São Paulo, 2010. Disponível em: https://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/7/7134/tde-23062010-093626/publico/Martha_Mororo.PDF. Acesso em: 03 jun. 2023.

PICHON-RIVIÈRE, Enrique. **O processo grupal**. São Paulo: Martins Fontes, 2005.

RASCH, Scheila Silva *et al.* Projeto terapêutico singular no atendimento de mulheres em um CAPS AD III. **Psicologia em Pesquisa**, v. 9, n. 2, p. 205-215, 2015. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/psipesq/v9n2/v9n2a11.pdf>. Acesso em: 03 jun. 2023.

APÊNDICE 1

Plano Terapêutico Singular²

1. Identificação do usuário

Nome do Usuário e DN: _____

Data de Nascimento: ____/____/____

Número de cadastro no serviço: _____

Data de admissão no serviço: _____

Data de alta no serviço: _____

2. Identificação e análise das necessidades _____

3. Metas a serem alcançadas

Curto prazo: _____

Médio Prazo: _____

Longo Prazo: _____

4. Ações e atribuição da(s) responsabilidade(s)

5. Avaliação e Reavaliação

Nome do Município, ____ de ____ de 202 ____

Profissional do CAPS + Usuário(a) e Familiar

² Elaborado por Maria Odete Pereira. Baseado em BAPTISTA, Juliana Ávila *et al.* Projeto terapêutico singular na saúde mental: uma revisão integrativa. Revista Brasileira de Enfermagem, v. 73, n. 2, p. e20180508, 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2018-0508>

APÊNDICE 2

Quadro para registro das atividades do Plano Terapêutico

NOME DO(A) USUÁRIO(A)			
Atividades das quais o(a) usuário(a) participa	Dia da semana	Assinatura do usuário	Assinatura do profissional

A abordagem da gestão autônoma de medicação e suas contribuições para a autonomia dos usuários de serviços de saúde mental: uma experiência realizada no CAPS II do interior de Minas Gerais

Regiane Batista Pereira
João Vinícius dos Santos Dias

Este texto busca refletir sobre o processo da Reforma Psiquiátrica Brasileira e seus avanços nas práticas e cuidados em saúde mental nos últimos anos. Essa reflexão é embasada na experiência de implementação de um grupo de Gestão Autônoma da Medicação (GAM) em um CAPS II, localizado no interior de Minas Gerais. O objetivo é analisar a introdução de novas abordagens que têm como finalidade a emancipação dos indivíduos que sofrem com transtornos mentais, com o intuito de superar o ainda presente paradigma manicomial nas Redes de Atenção Psicossocial.

O interesse por esse tema surgiu a partir da experiência da autora em um Centro de Atenção Psicossocial (CAPS II) no interior de Minas Gerais. Durante essa experiência foi possível constatar que, apesar da substituição dos grandes hospitais psiquiátricos por serviços substitutivos em saúde mental, ainda persistem práticas que refletem um paradigma manicomial. Essas práticas são caracterizadas pela tutela, hipermedicalização e relações de poder hierárquicas, em que os profissionais de saúde exercem domínio sobre os pacientes. A partir da vivência nesse serviço de saúde mental, percebeu-se que tais práticas resultavam em uma postura passiva dos usuários, com pouca reflexão sobre si mesmos e sobre o impacto da doença, além de uma participação limitada nos processos de tomada de decisão relacionados ao seu tratamento.

Essa experiência despertou o interesse e possibilitou o envolvimento em discussões sobre novas abordagens de cuidado que promovam a autonomia e autogestão dos usuários. Dentre essas abordagens, uma que gerou particular motivação foi a Gestão Autônoma da Medicação (GAM), o que levou à implementação dessa intervenção no interior do CAPS II, a partir de agosto de 2022.

Com o intuito de investigar essa temática, realizou-se uma busca por referências teóricas que embasassem o assunto abordado. Após um levantamento bibliográfico, verificou-se que essa abordagem surgiu em Quebec, no Canadá, em 1993, e foi adaptada à realidade brasileira por um grupo de pesquisadores. Esse modelo de intervenção em saúde mental tem demonstrado ser uma prática poderosa no fortalecimento e empoderamento dos usuários das Redes de Atenção Psicossocial do país, indo além da mera aquisição de conhecimentos sobre medicação. A partir do interesse e das leituras realizadas sobre o tema, emergiu a seguinte questão: quais as contribuições que o método GAM pode trazer para promover a autonomia dos usuários da Rede de Atenção Psicossocial?

Assim, busca-se analisar a implementação de um grupo de Gestão Autônoma da Medicação em um Centro de Atenção Psicossocial, apontando os impactos no cotidiano e nas práticas do serviço, bem como na vida dos participantes.

Metodologia

O presente texto aborda o período de implementação do grupo, que ocorreu no segundo semestre de 2022 até meados de 2023, com uma duração de observação de seis meses. Durante o processo de implementação da abordagem foi realizado um estudo bibliográfico para aprofundar o conhecimento sobre o tema, considerando autores importantes que participaram da implementação da GAM no Brasil.

A redação deste relato de experiência foi construída por meio da combinação da pesquisa de campo, que envolveu a observação

direta das atividades do grupo estudado, juntamente com outros procedimentos, como a análise de documentos. A técnica de coleta de dados adotada consistiu em observação sistemática e registro no diário de campo da autora, além de atas dos encontros. É relevante destacar que o diário de campo é um instrumento de registro diário e faz parte das técnicas de pesquisa utilizadas.

De acordo com Minayo (1993), no diário de campo

constam todas as informações que não sejam o registro das entrevistas formais. Ou seja, observações sobre conversas informais, comportamentos, cerimoniais, festas, instituições, gestos, expressões que digam respeito ao tema da pesquisa. Falas, comportamentos, hábitos, usos, costumes, celebrações e instituições compõem o quadro das representações sociais (Minayo, 1993, p. 100).

Diante disso o presente relato de experiência busca validar a produção de conhecimento a partir das vivências do cotidiano da prática profissional, por meio de uma redação crítico-reflexiva sobre a experiência e seus desdobramentos, desafios e insuficiências (Mussi *et al.*, 2021).

Fundamentação Teórica

A abordagem GAM teve início no Canadá, mais especificamente na cidade de Quebec, em 1993. Na época, o uso de medicamentos para o tratamento de saúde mental era amplamente aceito e muitas vezes considerado a única opção de tratamento. No entanto, grupos de usuários começaram a defender o acesso mais amplo à informação sobre medicamentos prescritos, bem como a validação das diferentes experiências e significados que cada indivíduo pode ter com a medicação.

A GAM surgiu então através de um processo de construção coletiva e muito participativa, com a organização de grupos de debates entre usuários, associações de defesa dos direitos dos usuários e profissionais das redes comunitárias de serviços alternativos em saúde, que vale ressaltar não faziam parte dos serviços oferecidos pelo governo canadense. Atualmente a GAM

faz parte do plano de ação elaborado pelo governo e sua prática é reconhecida e estimulada (Onocko-Campos *et al.*, 2014, p. 12).

Uma das ferramentas resultantes dos debates sobre a construção da Gestão Autônoma da Medicação é o Guia pessoal da Gestão Autônoma da Medicação – Guia GAM. Elaborado no ano de 2001, este propõe que os usuários da saúde mental tenham acesso às informações necessárias para reivindicar seus direitos e reflitam sobre o papel que a medicação e outras práticas ocupam em suas vidas. Além disso, o guia sugere que o usuário deixe de ser tratado como um objeto do tratamento e passe a ser considerado um sujeito ativo e uma pessoa de pleno direito. O Guia GAM, construído no Canadá, foi adaptado para a realidade brasileira, nos anos de 2009 e 2010, por um grupo de pesquisadores, trabalhadores e usuários dos serviços de saúde de Campinas/SP, Novo Hamburgo/RS e Rio de Janeiro/RJ (Onocko-Campos *et al.*, 2012). A adaptação buscou levar em conta o contexto da Reforma Psiquiátrica brasileira e da existência do SUS - Sistema Único de Saúde.

Entre os princípios da GAM, a autonomia e a cogestão são considerados pilares básicos e orientadores desta abordagem. Ressalta-se que a autonomia não é aqui entendida como individualismo, mas sim em conformidade com o proposto pelo movimento da Reforma Psiquiátrica, em que significa estar em relação com os outros e não sozinho. Como sugere Kinoshita (1996),

entendemos a autonomia como a capacidade de um indivíduo gerar normas, ordens para sua vida, conforme as diversas situações que enfrente. Assim, não se trata de confundir autonomia com autossuficiência nem com independência. Dependentes somos todos, a questão dos usuários é antes uma questão quantitativa: dependem excessivamente de apenas poucas relações/coisas. Esta situação de dependência restrita/restritiva é que diminui a sua autonomia. Somos mais autônomos quanto mais dependentes de tantas mais coisas pudermos ser, pois isto amplia as nossas possibilidades de estabelecer novas normas, novos ordenamentos para a vida (p. 57).

Tal princípio impele os usuários a tomarem o lugar de protagonistas e corresponsáveis pelo tratamento que seguem e, conseqüentemente,

pelas suas vidas. O poder decisório, antes conferido apenas ao saber médico e técnico, agora é colocado de maneira horizontal e não mais importante que o saber e a experiência do sujeito.

No contexto da GAM, os usuários dos serviços de saúde mental são impulsionados a compartilhar suas experiências e tomar as decisões de forma conjunta aos outros saberes, o que leva em direção ao segundo princípio que é a cogestão. Falar de gestão autônoma não significa falar de uma gestão independente, mas de uma cogestão (Onocko-Campos *et al.*, 2014), o que sugere um “fazer junto” com os diferentes atores envolvidos no processo de cuidado.

A GAM aposta no valor das conversas para decidir juntos o melhor plano de tratamento. Aposta-se que em conjunto se pode criar e sustentar formas de tratamento que isoladamente não seriam possíveis. Ampliar as possibilidades de cuidado, partindo do ponto de vista do próprio usuário, é produzir uma gestão autônoma.

Passos (2013), explica tal proposta, ao delinear que

A gestão do cuidado em saúde, no contexto democratizante, [...] consiste em colocar lado a lado cuidadores e sujeitos cuidados, cogendo os processos de cuidado e coproduzindo-se mutuamente. A cogestão, assim, pode ser entendida também como uma estratégia de autonomização e protagonização dos diferentes sujeitos (trabalhadores, gestores, usuários e familiares) implicados no processo de produção de saúde; com efeito, quando colocada em ação, ela cria condições para diferentes expressões da autonomia (p. 30-31).

Nesse sentido, o manejo cogestivo, suscitado pela GAM, convoca os profissionais a posicionarem-se em um patamar de igualdade perante os usuários, colocando sua dimensão técnica do trabalho a serviço das próprias estratégias de vida dos sujeitos, validando e reconhecendo as experiências singulares de cada um (Onocko-Campos; Campos, 2006).

Contudo, conforme aponta Foucault (1997), ao longo da história, mesmo com as mudanças e todo processo de desinstitucionalização da loucura, ainda sim, velhas práticas persistem vestidas com novas roupagens. Percebe-se, no campo do cuidado em saúde mental, que

a lógica manicomial ainda persiste nos modos de operar dos serviços substitutivos, com a centralização do saber médico e técnico nas tomadas de decisão, o uso ou aumento da prescrição de medicações e a permanência-dia como único recurso terapêutico oferecido. A concentração do cuidado centrado apenas no interior dos CAPS produz um limite tênue entre o cuidado e a tutela.

A superação do paradigma manicomial pressupõe a restauração, promoção e fortalecimento da autonomia e cidadania dos usuários, possibilitando aos sujeitos maior controle sobre suas vidas e uma participação mais ativa em direção à mudança. Sendo assim, a GAM pode vir a ser uma aposta potente enquanto instrumento de emancipação e empoderamento dos usuários, visto que almeja a horizontalização das relações de poder e decisão mediante o acesso à informação e ao conhecimento.

Contextualização da Experiência

A implementação da abordagem GAM no CAPS II de um município do interior de Minas Gerais teve origem a partir do desejo da autora, trabalhadora da saúde mental, em tentar de forma concreta produzir no cotidiano do serviço alguma abordagem que buscasse o fortalecimento e emancipação dos usuários. Percebia-se que as práticas institucionais permaneciam muito enrijecidas no modelo médico-centrado e a construção do Projeto Terapêutico Singular (PTS) ainda muito empobrecida, valendo-se, na maioria dos casos, apenas da medicação e da permanência-dia como intervenção terapêutica possível.

Observando tal realidade, geralmente pouco questionada na prática dos profissionais de saúde mental, percebe-se que ela constitui um modelo de cuidado pré-estabelecido que carrega uma herança histórica manicomial. Esse modelo se baseia na institucionalização e na medicamentação, ou seja, na ideia de que o diferente precisa se silenciar e se adequar às normas e protocolos. Essa prática tem reproduzido no usuário uma posição passiva de aceitação, sem questionar o que lhe é

proposto ou, ainda pior, sem levar em consideração sua experiência de vida ou seus desejos.

Após ingressar na Especialização em Políticas de Saúde Mental e Atenção Psicossocial, em setembro de 2021, na Escola de Saúde Pública de Minas Gerais (ESP-MG), a autora viu-se tomada por vários questionamentos sobre sua prática profissional e sobre qual formas de cuidado estão se produzindo nos serviços substitutivos. A angústia em avaliar a responsabilidade da prática e qual modelo ela estaria reproduzindo resultou em um processo de autorreflexão sobre a ética do cuidado e a busca por produzir uma mudança neste contexto. No decorrer da formação foi vislumbrada na abordagem da GAM uma possibilidade de intervenção junto aos usuários com objetivo de fortalecer o protagonismo e a autonomia dos mesmos, quebrando paradigmas históricos.

Dessa forma, a proposta de criação do grupo foi apresentada à coordenação do serviço e posteriormente à equipe. Inicialmente, convidou-se uma profissional de saúde mental de outro município mineiro que já conhecia a abordagem e atuava como moderadora, desde 2017, em um CAPS II de sua região. Ela apresentou à equipe o modelo de cuidado, conforme orientado pelo Guia GAM, assim como os resultados e mudanças observados após a implementação desse método no serviço em que trabalhava.

Posteriormente, em uma reunião da equipe, definiu-se que o número de participantes seria inicialmente limitado a dez pessoas e que os usuários seriam indicados pelos seus respectivos técnicos de referência. Como critério de seleção, considerou-se a participação de usuários que já haviam passado pelo serviço e apresentavam resistência ou dificuldade no uso da medicação.

Com a indicação de oito usuários, o grupo realizou seu primeiro encontro. Neste foi apresentada a proposta e estabelecidos acordos, como a frequência, o local e horário dos encontros. Por sugestão e aprovação do grupo, decidiu-se que as reuniões seriam realizadas

quinzenalmente, às terças-feiras de manhã, no próprio CAPS II. Até o momento da redação deste texto, ocorreram treze encontros, nos quais cada participante recebeu um Guia. As reuniões foram construídas com base nos conteúdos e propostas apresentados no material, bem como nas necessidades e momentos dos participantes. Manteve-se uma flexibilidade em relação à estruturação dos encontros, conforme o grupo foi avançando em seu processo.

A proposta do Guia indica de forma pedagógica a construção de um caminho e nesse processo há indicação de alguns passos. São um total de seis passos, os quais mediante textos, figuras, tabelas e questionamentos levam o sujeito a refletir sobre sua história, seu processo de adoecimento e suas experiências de vida e com o uso dos medicamentos, além de promover o acesso à informação sobre medicação psicotrópica e seus direitos enquanto usuários.

Identificou-se no decorrer dos encontros a necessidade de adaptar alguns questionamentos para realidade e compreensão dos usuários, bem como a introdução de dinâmicas e brincadeiras para promover a descontração e aproximação entre os participantes. Ao longo do processo, percebeu-se a potencialidade desse espaço, o qual foi se constituindo como um lugar de fala e de identificação entre os participantes, estimulando o protagonismo dos usuários. Alguns deles se mobilizaram para ajudar outros em situações particulares, estabelecendo relações de cumplicidade e amizade para além dos encontros propostos.

Um ponto importante foi a percepção de que o CAPS desempenha um papel singular na vida dos usuários, constituindo-se como lugar de pertencimento, aliança, acolhimento e respeito, e não somente para tratamento. No entanto, a centralidade que o serviço acabou por ocupar na vida desses sujeitos foi constituindo-se como único lugar de pertencimento e de laço social possível. Essa linha tênue acabou por reproduzir relações sociais limitadas, direcionando-os ao lugar do tratamento como único lugar que lhes cabe.

Foi possível perceber nas falas e registros dos próprios participantes uma vida social diminuída, que se restringe ao círculo familiar e a locais de tratamento de saúde. Muitos relataram que, após o adoecimento, o círculo de convivência e amizades reduziu consideravelmente, assim como a própria circulação por espaços sociais diversos. Observa-se como o estigma e o preconceito ceifaram desses sujeitos outras possibilidades de vida e de acesso.

Um ponto muito importante, constatado pela experiência, foi o quanto os encontros proporcionaram uma inflexão de autoconhecimento e crítica sobre o processo de adoecimento desses sujeitos e suas experiências particulares, algo que muitos expuseram como novidade em seus percursos de tratamento. Alguns participantes expuseram sua experiência com os encontros: “Nesses anos todos de tratamento, nunca havia falado abertamente sobre meu adoecimento e sobre essas informações das medicações”; “nunca tinha parado para pensar na minha história, ou no que tem dentro da minha cabeça”.

Compreendeu-se que a GAM vai para além de um guia sobre uso de medicação. A abordagem proporciona acesso pela via da informação, promove o olhar do participante para sua própria história, para além de sua redução a uma doença ou diagnóstico.

À medida que avançávamos no guia, foi se percebendo como o desconhecimento dos participantes sobre o motivo pelo qual faziam uso de determinada medicação e para que elas se destinavam era uma realidade. Observou-se com isso como o tema da medicação e seus efeitos é algo que fica restrito ao domínio técnico. As informações circulam pouco e o próprio usuário pouco sabe para qual finalidade se faz uso de determinada medicação. Nota-se com essa observação o quanto ainda existe, de forma sutil e velada, o controle e o saber técnico como condutor e gerenciador do cuidado dentro dos serviços substitutivos. No interior do processo histórico da Reforma Psiquiátrica podemos analisar que saímos do manicômio, mas caímos em uma trama medicamentosa e tecnicista enquanto forma de controle dos sujeitos.

Nesse contexto, a GAM surge como um verdadeiro nadar contramare nesse mar histórico de exclusão. Ela convida-nos, enquanto profissionais do campo da atenção psicossocial, a estar num segundo plano e a experienciar a falta de ter o controle de tudo. Os usuários e as experiências destes com seu adoecimento e processos de vida são os principais protagonistas na condução do grupo. Essa experiência constituiu-se como um espaço de aprendizagem e quebra de paradigmas, pois buscar a posição de moderador de um grupo GAM foi um convite a sair de cena enquanto técnica em saúde mental.

Um momento muito marcante nesse processo deu-se em um determinado encontro, no qual foi discutido sobre o que nós precisamos para viver enquanto pessoas. Surgiram falas como dinheiro, comida, Deus. Uma participante disse: “eu preciso de amor, eu não tenho amor na minha casa”. Essa fala foi muito marcante. O que essas pessoas buscam e almejam nem sempre vão estar em uma medicação ou no nosso lugar de técnico, são coisas da vida, do humano. Essa mulher queria amor e afeto.

É importante destacar que a implementação do grupo de GAM no CAPS II reverberou em uma movimentação da rede de saúde mental local, aproximando-se da temática e implementando-a em outros dispositivos. No CAPS AD deste mesmo município teve início um outro grupo com a abordagem GAM.

Atualmente, alguns usuários abandonaram os encontros e outros participam de forma esporádica, mas até o momento cinco participantes permanecem de forma efetiva e contínua. Essa situação levou à reflexão sobre como foi decidido qual usuário deveria receber o convite para participar do grupo, definido pelos técnicos do serviço, problematizando-se como uma ferramenta tão poderosa ficaria limitada ao acesso de poucas pessoas. Também foi questionado se deveria haver limitação na participação no grupo ou se esta escolha deveria ser deixada inteiramente ao usuário. Em avaliação, constata-se a necessidade de expandir essa prática na Rede de Atenção Psicossocial,

permitindo que a participação nos grupos seja escolha dos usuários e não condicionada a decisão técnica. A instituição de um grupo GAM revelou uma realidade dura e velada sobre as nossas práticas e essa ferramenta de emancipação precisa ser difundida em diferentes espaços de cuidado em saúde, ampliando assim o seu acesso.

Considerações finais

O primeiro ponto a se destacar é o quanto a possibilidade de ampliação de autonomia dos usuários está intrinsecamente ligada à forma como conduzimos esses sujeitos e sua história. Como questiona Onocko-Campos e Campos (2006), nossas práticas estão aumentando o coeficiente de autonomia desses usuários? Ou, pelo contrário, tem produzido um exército de seres tutelados? A nossa responsabilidade enquanto coprodutores dessa autonomia foi levada para discussão na construção dos Projetos Terapêuticos Singulares em algumas reuniões de equipe. Observou-se uma dificuldade em produzir um cuidado para fora dos muros e paredes dos serviços substitutivos e para além da prescrição de psicotrópicos.

Com a experiência da GAM, o que se percebeu foi uma maior consciência crítica por parte dos usuários sobre seus quadros psíquicos e uma maior adesão ao uso de determinados medicamentos, sabendo para qual finalidade cada um se direcionava, bem como a autoconfiança para solicitar a diminuição ou retirada de outros. Pode-se, ainda, afirmar que este instrumento de cuidado se aproxima da perspectiva da educação popular, visto que os diálogos, discussões e aprendizados baseiam-se na experiência de vida de cada um com seu adoecimento.

Contudo, essa vivência revela o quanto ainda produzimos um cuidado em saúde mental muito centrado na figura do médico e na medicação como únicos caminhos possíveis. Além disso, o quanto este modo de produção de cuidado reverbera de forma negativa na vida desses sujeitos. O desafio de implantar e moderar um grupo GAM em um CAPS II tem se constituído como espaço de aprendizado,

desconstrução de saberes e práticas. Considera-se a própria experiência de introduzir essa abordagem um avanço. O desafio presente é difundir essa prática em meio a rede de atenção psicossocial.

REFERÊNCIAS

FOUCAULT, M. **História da loucura**: na idade clássica. 5. ed. São Paulo: Editora Perspectiva, 1997.

KINOSHITA, R. T. Contratualidade e Reabilitação Psicossocial. In: PITTA, A. M. F. (org.). **Reabilitação Psicossocial no Brasil. SaúdeLoucura** (Textos), 10. São Paulo: Hucitec, 1996, p. 55-59

MINAYO, M. C. S. **O Desafio do Conhecimento**: pesquisa qualitativa em saúde. 2. ed. São Paulo: Hucitec, 1993.

MUSSI, R. F. F.; FLORES, F. F.; ALMEIDA, C. B. Pressupostos para a elaboração de relato de experiência como conhecimento científico. **Práxis Educacional, Vitória da Conquista**, v. 17, n. 48, p. 60-77, 2021. Disponível em: <https://periodicos2.uesb.br/index.php/praxis/article/view/9010>. Acesso em: 3 jan. 2024.

ONOCKO CAMPOS, R. T. et al. Multicenter adaptation of the guide for autonomous management of medication. **Interface - Comunic., Saúde, Educ.**, v.16, n.43, p.967-80, out./dez. 2012. Disponível em: <https://www.scielo.br/ijicse/a/fZbvYyM4djqpCJTJFXTShvR/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 3 jan. 2024.

ONOCKO CAMPOS, R. T.; CAMPOS, G. W. S. Co-construção de autonomia: o sujeito em questão. In: CAMPOS, G. W. S.; MINAYO, M. C. S.; AKERMAN, M.; DRUMOND JÚNIOR, M.; CARVALHO, Y. M. (org.). **Tratado de saúde coletiva. Saúde em debate**, 170. Rio de Janeiro: Hucitec; Editora Fiocruz, 2006. p.669-688.

ONOCKO CAMPOS, R. T.; PASSOS, E.; PALOMBINI, A. et al. **Gestão Autônoma da Medicação**: Guia de Apoio a Moderadores. São Paulo: Departamento de Saúde Coletiva/FCM/UNICAMP; AFLORE – Associação Florescendo a Vida de familiares, amigos e usuários dos serviços de Saúde Mental de Campinas. Niterói: UFF. Porto Alegre: DPP/UFRGS, 2014. Disponível em: https://www.fcm.unicamp.br/fcm/sites/default/files/paganex/guia_gam_moderador_-_versao_para_download_julho_2014.pdf. Acesso em: 3 jan. 2024.

PASSOS, E. et al. Autonomia e cogestão na prática em saúde mental: o dispositivo da gestão autônoma da medicação (GAM). **Aletheia, Canoas**, n. 41, p. 24-38, ago. 2013. Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S141303942013000200003&lng=pt&nrm=iso. Acesso em: 3 jan. 2024.

O desafio profissional frente às manifestações subjetivas nos serviços da Rede de Atenção Psicossocial e a possibilidade da *práxis* ética

Fernanda de Oliveira Guimarães

Introdução

Este escrito apresenta ponderações sobre a prática profissional, enquanto psicóloga, tanto em serviços da Política de Assistência Social e de Saúde quanto atualmente na gestão regional da Política de Saúde Mental no Estado de Minas Gerais. As reflexões que serão apresentadas partem do reconhecimento dos desafios dos profissionais para compreender e atuar junto às manifestações subjetivas. Nesse ínterim, compreende-se a urgência do resgate teórico-prático da categoria subjetividade a partir dos estudos filosóficos de Marx e Lukács, retomando a ancora teórica do materialismo histórico-dialético.

Este campo teórico permite reconhecer as correlações entre as bases materiais de reprodução do modo de produção capitalista e a constituição da subjetividade que se apresentam como “novas” manifestações subjetivas. Isto significa considerar a categoria subjetividade como a materialização da complexificação dos processos de reprodução social. A partir deste norteador, pode-se considerar que as “novas” demandas para as políticas sociais e de saúde – admitidas como modificações dos modos de vida, dos valores, das relações de pertencimento, dos sentimentos, das mentalidades e dos comportamentos – são resultantes do campo da experiência social e seus processos de reprodução de acumulação capitalista.

Pode-se perguntar se esta concepção teórica tem orientado os profissionais no reconhecimento das “novas” manifestações subjetivas nos diferentes serviços da Rede de Atenção Psicossocial.

Pode-se perguntar também: quais áreas de conhecimento têm influenciado os profissionais para apreenderem a que se referem tais demandas subjetivas? Os sujeitos e familiares atendidos nos serviços têm sido reconhecidos não apenas por sua vinculação com a sociedade e a história, não apenas como identidades, mas como constitutivos e constituintes delas?

Assim, compreende-se que os serviços de saúde mental não podem ser refletidos sem a demarcação da conjuntura histórica, política e social da Reforma Psiquiátrica. Por esse ângulo, a análise da intervenção profissional nos serviços da política de saúde mental tem desdobramentos particulares, na medida em que a Reforma Psiquiátrica se alinhou a campos teóricos que problematizam a relação entre sujeito e sociedade, sendo ela justamente a expressão de uma certa crítica a esta relação.

No contexto histórico, político e social dos processos de Reforma Psiquiátrica e dos movimentos antimanicomiais, a condição do sujeito e a complexidade da sua forma de vida em sociedade foram colocados em questão. Enquanto movimento coletivo, o campo da Saúde Mental foi impulsionado por mudanças conceituais, apresentando outras direções para um projeto de sociedade. Projeto com potencial para inaugurar um novo modo de cuidado em saúde mental que pudesse produzir rupturas com a lógica da tutela e do controle das pessoas com sofrimento psíquico, com a assistência centrada no hospital psiquiátrico e com o modelo biomédico. Tal projeto apresentou uma ética de cuidado atenta às manifestações subjetivas, convocando um conjunto de práticas de atenção psicossocial centradas no cuidado em liberdade e no atendimento comunitário.

Sendo assim, o campo teórico-prático da Saúde Mental traz a sua particularidade na expressão da tentativa de rompimento com a compreensão do sujeito em sofrimento psíquico desarticulada dos complexos processos de reprodução social. Porém, ele não está refratário aos efeitos das influências das correntes de conhecimento

que renovam essa discussão. É perceptível que os profissionais estão submersos em fragilidades teórico-práticas frente às demandas subjetivas e, com isso, toda a base do modelo de cuidado que possibilitaria a *práxis* ética sofre efeitos.

Aqui não será proposto adentrar no complexo debate da produção do conhecimento científico, mas também não escapa da ponderação de que a problematização da relação sujeito e sociedade está longe de ter sido superada. A formação teórica dos profissionais recebe influências das correntes de conhecimento pós-modernas e neopositivistas e isso produz um campo valorativo que os levam a compreender as demandas subjetivas de um determinado modo e atuar a partir delas. Isso tem dificultado a compreensão de que as manifestações subjetivas, tanto próprias quanto dos sujeitos e familiares por ele atendidos, são elos no processo de reprodução social e, portanto, intrinsecamente conformadas pelas determinações sociais da particularidade do nosso tempo.

A expressão dessa problemática pode ser percebida sob alguns aspectos, como por exemplo, através da insurgência e valorização de correntes de pensamento que sugerem um discurso científico “apolítico” e “neutro”, em que categorias como classe social, ideologia e trabalho são consideradas obsoletas. Assim como, também, pela fragilidade dos profissionais no reconhecimento da conjuntura histórica, política e social originária do movimento antimanicomial e do projeto transformador do cuidado dos sujeitos que sofrem. E, ainda mais, mediante a precarização do trabalho, em que profissionais mantêm relações trabalhistas frágeis que dificultam reflexões que poderiam produzir mudanças nos modos de fazer e nas condições postas.

Considerando esses pontos, suspeita-se que esteja ocorrendo no cotidiano profissional, a perda ou esvaziamento da dialética, enquanto categoria fundamental para o reconhecimento das manifestações subjetivas. E isto implica em diversos desdobramentos na *práxis* profissional, uma vez que a problematização da validação da dialética

no campo teórico-prático vem tangenciar a discussão ético-política dessa atuação profissional. Nesse sentido, as concepções teóricas vigentes no cotidiano dos serviços da Rede de Atenção Psicossocial – expressões dos valores e ideologias dos profissionais – refletem inevitavelmente no reconhecimento e, portanto, na lógica de cuidado das manifestações subjetivas.

Ao apontar os desafios teórico-práticos dos profissionais frente às demandas subjetivas, evidencia-se os impasses (possibilidade e/ou esgotamento) para efetivação da *práxis* ética no cotidiano profissional. Esses impasses são elaborados considerando as “renovações” dos aparatos ideológicos e culturais que estão articulados ao campo do conhecimento no qual estes profissionais estão submetidos. Renovações nas quais categorias como totalidade, dialética e ideologia têm sido alvo de críticas.

Compreende-se que a reatualização da problemática da relação sujeito e sociedade é fundamental para apreender os fenômenos subjetivos no capitalismo contemporâneo. É somente por meio do revigoramento da análise crítica entre os profissionais e do questionamento de como se constroem os comportamentos, os pensamentos, a linguagem e as formas de relação entre os sujeitos que poderá haver avanços no projeto ético e nas práticas de cuidado propostos pela Reforma Psiquiátrica.

Os desafios do reconhecimento das manifestações subjetivas e a possibilidade da *práxis* ética

No cotidiano dos serviços da Rede de Atenção Psicossocial, muitos profissionais têm dificuldades para reconhecer a existência da relação indissociável entre as condições materiais e objetivas postas ao sujeito e a conformação da subjetividade. Mesmo aqueles que reconhecem que sua ação profissional tem como objeto as manifestações da questão

social¹, mantêm como desafio o reconhecimento de como estas se singularizam na vida dos sujeitos.

Tais manifestações, no entanto, se revelam no cotidiano profissional de forma fragmentada. Nesse contexto, corre-se o risco de serem percebidas como demandas individualizadas, como se as situações vividas pelo sujeito remetessem apenas à sua existência singular. Com isso, muitos profissionais ficam sugeridos a associar estas manifestações subjetivas à crise de valores, à falência da instituição familiar, à perda de sentido, às situações originadas por características individuais ou de personalidade, respaldadas por diagnósticos clínico-médicos etc. De modo agravado, destacam-se os discursos e as práticas que pouco realizam análises críticas de fenômenos subjetivos, sendo estes demarcados continuamente a partir de padrões e normatizações do diagnóstico dos sintomas para caracterizá-los no rol dos transtornos mentais.

Nesse cenário, os profissionais – ao afastarem da concepção que admite a importância de nexos da relação singular-particular-universal – têm dificuldades de reconhecer que as vivências individuais são concebidas a partir do entrelaçamento de determinações econômicas, políticas e sociais, produzindo um certo “encantamento” com a singularidade. Nesse movimento, o profissional encontra-se preso ao imediatismo das demandas, apresentando atuações pontuais que pouco problematizam as formações vigentes dos complexos sociais.

No cotidiano dos serviços de saúde mental, esse conjunto gera entraves teórico-práticos frente às “novas” manifestações subjetivas.

¹ Na análise marxista, a questão social é analisada como indissociável da sociabilidade capitalista, e particularmente, das configurações assumidas pelo trabalho e pelo Estado na expansão monopolista do capital. Tem a sua gênese na sociedade burguesa, sendo proveniente do caráter coletivo da produção contraposto à apropriação privada da própria atividade humana – o trabalho –, das condições necessárias à sua realização, assim como de seus frutos. Neste sentido, a questão social sintetiza o conjunto de desigualdades e lutas sociais, produzidas e reproduzidas no movimento contraditório das relações sociais.

Pois, sem conseguir captar os nexos entre singular-particular-universal, os profissionais acabam não compreendendo que, apesar das manifestações subjetivas se apresentarem de forma singular como demandas imediatas e, na particularidade, enquanto demandas específicas aos serviços de saúde mental, elas ainda contêm as determinações que as remetem ao modo de produção capitalista.

Para ilustrar esses entraves, basta dialogar com os profissionais dos serviços e escutar suas angústias em relação às demandas referentes às manifestações subjetivas da infância e adolescência. Famílias, aparatos educacionais e médicos encaminham aos serviços os mais diversos problemas comportamentais dessa faixa etária, como agressividade, dificuldade de dormir, isolamento social, automutilação, suicídio, entre vários outros. Assim, o tema saúde mental vem tomando a cena no discurso social, porém de modo restrito à apresentação da sintomatologia e focado na ideia de que a experiência psicológica diz respeito apenas ao sujeito que se revela a partir dos padrões de comportamentos, sendo estes caracterizados como saudáveis ou doentes.

A representação social do que vem a ser saúde mental ou doença mental aponta para a prevalência de determinadas concepções em um contexto histórico, político e social. Não é irrelevante este apontamento, pois quando se muda a régua para avaliar qualquer fenômeno conseqüentemente se altera o modo de intervenção sobre ele. Nesse sentido, aqui tem-se o pressuposto de que tanto a régua para avaliação quanto o modo de intervenção junto às manifestações subjetivas estão distantes da concepção do materialismo histórico-dialético.

O materialismo histórico-dialético permite compreender que os transtornos mentais da infância e adolescência não são meras sintomatologias produzidas por sujeitos “interiorizados” ou “abstratos”. A criança e o adolescente são seres sociais, radicalmente históricos e nesse sentido, suas manifestações subjetivas expressam as

conexões dos transtornos com a materialidade da vida social. Ou seja, quando as crianças e adolescentes apresentam o quadro nomeado como transtorno mental, eles estão simbolizando como têm sido essas conexões.

Porém, não é assim que estes quadros de transtornos mentais na infância e adolescência comumente têm sido compreendidos e avaliados. Como dito anteriormente, muitos profissionais têm sido capturados por correntes de pensamento que sugerem um discurso científico “apolítico” e “neutro”. Não à toa, a partir disso, a fragilidade no discurso e na atuação frente às manifestações subjetivas. Por exemplo, frente a estes quadros, percebe-se que muitos profissionais, convocados a dar respostas a estas demandas, acabam tentando corresponder às expectativas e aos anseios sociais que utilizaram uma régua de avaliação que pouco permite que a problemática da determinação social seja considerada.

Um dos efeitos disso é a intensificação do processo de ambulatorização na Rede de Atenção Psicossocial. Gestores municipais de saúde são pressionados a atender demandas ditas de ordem psi. Com isso, acreditam que uma das estratégias é a ampliação de profissionais de Psicologia, da Psiquiatria ou da Neurologia e da oferta de consultas para a população. E, acoplado a isso, revigoram o movimento já conhecido da medicalização e patologização da infância e adolescência. Diante dessa conjuntura, ainda que de forma fragmentada e pontual, poucos profissionais trazem à cena a determinação social da saúde como atributo teórico-prático relevante no seu cotidiano profissional.

Contudo, a compreensão das manifestações subjetivas é um desafio para os profissionais, pois também não podem ser consideradas exclusivamente a partir de determinismos sociais. É preciso encontrar estratégias que não anulem a singularidade do sujeito que manifesta o sofrimento. É necessário utilizar outras régua de avaliação que permitam perceber os sujeitos em sua singularidade, com demandas

particulares, escolhas individuais e também como participantes ativos do processo de reprodução global da vida social.

Por exemplo, diante de vários encaminhamentos de adolescentes que se automutilam, é importante acolher cada um enquanto sujeito singular, mas deve-se também analisar qual adolecer está sendo, considerando o contexto histórico, social e político. Onde eles vivem, de que forma se relacionam, a que classe social pertencem? Quais são seus gêneros e raças? Ao considerar estes aspectos, mais do que o ambulatorio, é importante que a Atenção Primária à Saúde se faça presente no acolhimento e no cuidado no território.

Na tentativa de síntese, não é demais reforçar que o gerador de entraves teórico-práticos é a não compreensão de que “o indivíduo social é ao mesmo tempo, enquanto portador do ser social, um ser genérico e uma expressão singular” (Barroco, 2001, p. 32). É na construção da malha sócio-histórica que os sujeitos se replicam, tanto como singularidades quanto como generalidades. Quer dizer, a (re) produção da totalidade da vida social só se faz na composição das existências genéricas e na produção de individualidades.

Sendo assim, como bem explicado por Lessa (2004),

[...] todo e qualquer indivíduo é parte do momento histórico em que vive. Isto significa, por um lado, que sem o desenvolvimento histórico passado o indivíduo, tal como ele é, não poderia sequer existir [...]. Cada um de nós, de modo absolutamente singular, é uma particularização do que a humanidade já foi capaz de produzir e de gerar ao longo da vida. Construímo-nos enquanto pessoas a partir das possibilidades e respondendo às necessidades contemporâneas. Somos, portanto, ao mesmo tempo únicos e genéricos: o que temos de rigorosamente singular, que não se repetirá jamais na história, apenas pode vir a ser enquanto particularização das possibilidades e necessidades históricas mais gerais que correspondem ao desenvolvimento humano-genérico atual (p. 6).

Sem ter essa compreensão, o profissional pode produzir a falsa consideração de que as manifestações subjetivas são meras produções culturais – como se fossem determinações fixas socialmente

– ou são resultantes da extrema expressão individual como atos (ou, consequência destes) em que suas personalidades são vistas como descoladas da construção social.

Aos profissionais que se prendem ao polo da determinação fixa socialmente só lhe restam desacreditar na possibilidade de transformação de suas práticas. Nessa direção, muitos caem nos discursos fatalistas que são acompanhados pela justificativa da impotência da sua ação profissional. Em outro extremo, quando os profissionais que se alinham à perspectiva da liberdade individual se conectam facilmente às ideologias liberais de responsabilização e autonomia do sujeito e, da mesma forma, acabam desacreditando da potência da intervenção profissional. Visto que “a única lógica é a do sujeito”, então, de que serve sua ação profissional se cabe apenas ao sujeito escolher?

Importante dizer que o profissional acolhe um fragmento da experiência de vida do sujeito nos serviços da Rede de Atenção Psicossocial, uma manifestação subjetiva. Assim, ele defronta-se com o sujeito singular e com as decisões tomadas a partir do seu ser único, referindo-se a sua biografia, mas que são cunhadas nas bases do cotidiano social. Portanto, se o profissional concebe as manifestações subjetivas nessa intrínseca relação com a materialidade, ou seja, como inerentemente reproduzidas na complexificação da totalidade da vida social, faz com que, necessariamente, tenha que testar suas habilidades, pôr à prova o seu papel criativo e buscar novas alternativas.

A leitura lukasiana permite refletir sobre o estabelecimento da relação dialética entre o profissional e os sujeitos, chegando-se, assim, às seguintes elaborações: quando o profissional recebe os sujeitos com suas manifestações subjetivas (enquanto objeto de intervenção), realiza necessariamente o processo de objetivação/exteriorização. Ou seja, o profissional, para dar respostas a seu objeto, vale-se de elementos teórico/práticos que nunca se descolam da finalidade do seu ato interventivo e, portanto, carregam uma dimensão valorativa.

Além disso, o retorno provocado pelas demandas subjetivas – que foram postas à sua ação – faz com que ele (profissional) também se transforme.

Neste processo, dialeticamente, os sujeitos também, que procuram ou são encaminhados para os serviços de saúde mental, modificam-se na ação interventiva. Pode-se dizer que, na maioria dos casos, eles estão à procura de instrumentos/recursos (objetivos ou subjetivos), conscientes ou não, que lhe garantam outras possibilidades (novos horizontes) para escolher entre as alternativas postas na realidade.

É nesse contexto, no cotidiano profissional, que se pode estabelecer uma *práxis* ética. Ao entender que, pela relação dialética travada entre os sujeitos, é possível forjar novas possibilidades para que realizem suas escolhas. Não há como negar que a relação entre profissional e sujeitos é um processo dialético de objetivação/exteriorização em que os dois lados testam as marcas das suas individualidades.

Portanto, esta experiência será sempre inédita, num movimento constante, em que o profissional é capaz de transformar-se subjetivamente e objetivamente nas atuações de criação e busca de outras possibilidades aos sujeitos. Ao construir, na relação, novas possibilidades aos sujeitos, abrem-se outras escolhas (novos valores) que até então não haviam sido refletidas criticamente.

Essa trajetória de reflexão sobre a *práxis* ética é favorecida pela Educação Permanente. Nela, há caminho para que os profissionais elaborem de modo crítico suas concepções sobre as manifestações subjetivas e como conduzem as ações frente a elas. Compreende-se que o conhecimento teórico-filosófico do profissional é parte do processo que o leva a assumir posturas e direcionar suas atuações.

A Educação Permanente é um espaço privilegiado na *práxis* ética na medida em que considera outras dimensões envolvidas no conhecimento-ação do profissional. Dimensões estas que possibilitam cunhar outras perspectivas de conceber a si e ao outro, percebendo

o profissional enquanto um sujeito que está implicado com valores sociais que atravessam sua trajetória de vida (biografia).

A Educação Permanente pode ser uma força motriz capaz de possibilitar a efetivação de uma *práxis* ética mesmo em uma sociabilidade burguesa, pois pode contribuir para a formação de um sujeito ético capaz de reconhecer os fundamentos que direcionam suas ações. *Práxis* ética enquanto possibilidade dos profissionais, em suas intervenções, realizarem escolhas de forma consciente frente às alternativas postas, reconhecendo e reafirmando seus valores e formações ideológicas que podem favorecer uma reelaboração das demandas dos sujeitos.

O espaço da Educação Permanente pode contribuir para o enfrentamento das fragilidades dos profissionais no reconhecimento da conjuntura histórica, política e social originária do movimento antimanicomial. Isto é valioso, já que se tem observado uma nova geração de profissionais chegando aos serviços sem conhecimento e implicação com o projeto transformador de cuidado proposto pela Reforma Psiquiátrica. Adentrar nesse ponto remeteria a outro, que é a desvalorização dos profissionais em relações trabalhistas frágeis, com contratos temporários precários que geram impasses para novas elaborações e posicionamentos críticos.

Considerações finais

Nesse breve escrito, buscou-se destacar o quão crucial se faz aprofundar na discussão sobre as possibilidades da realização da *práxis* ética nos serviços da Rede de Atenção Psicossocial, debruçando-se sobre o cotidiano em que profissionais são desafiados a dar respostas às manifestações subjetivas que se apresentam.

No percurso de todos os apontamentos, não resta dúvidas de que a categoria subjetividade precisa ser reexaminada, pois a falta de clareza da relevância das vivências ditas “individuais” e a não compreensão destas demandas singulares podem levar a diversos equívocos nas

atuações profissionais. Por isso, torna-se urgente uma definição clara das concepções de sujeito e da subjetividade, na medida em que elas refletem diretamente o posicionamento ideopolítico dos profissionais frente aos sujeitos atendidos.

Especialmente, em se tratando de profissionais inseridos no campo da Saúde Mental, é imprescindível um modo de compreender os sujeitos na diversidade das suas necessidades e na complexidade das condições das suas existências. O exercício cotidiano desse fazer profissional só tem efeito se estiver em consonância com o movimento de superação da dicotomia sujeito e sociedade.

Para estudos que pretendem analisar a *práxis* profissional, é imprescindível inserir as conformações (subjetivas) dos profissionais como parte da totalidade desse cenário. Na verdade, tanto as subjetividades dos sujeitos quanto as dos profissionais estão sendo construídas e “testadas” no cotidiano dos serviços da política de saúde mental. A Educação Permanente em Saúde pode ser uma estratégia importante de afirmação de uma *práxis* ética, pois parte do cotidiano do fazer e confronta o profissional com o rebaixamento crítico-analítico frente às manifestações subjetivas, o qual pode ser considerado um dos entraves teórico-práticos dos serviços da política de saúde mental.

REFERÊNCIAS

BARROCO, Maria Lúcia Silva. **Ética e Serviço Social:** fundamentos ontológicos. Cortez, São Paulo, 2001.

LESSA, Sérgio. Identidade e individuação. **Revista Katalysis**. Florianópolis, v. 7, n. 2, p. 147-157. 2004.

A Ergopsiquiatria clínica em train de se faire: (re) pensar a (im)possível atividade em Psiquiatria em processos de formação

Enio Rodrigues da Silva

1. Introdução

O conceito de *Ergopsiquiatria Clínica* em apresentação é decorrente de um diálogo multidisciplinar e epistêmico dentro da grande área da saúde mental. De início, considera a minha experiência profissional de vinte e seis anos de trabalho em Redes de Atenção Psicossocial (RAPS), nos processos de ensino-aprendizagem nas áreas de Medicina (UNIFENAS/BH), bacharelado interdisciplinar em saúde (UFSB), residência multiprofissional e de Psiquiatria¹ em rede de Betim, cursos de especialização (ESP-MG) e supervisões clínico-institucionais em saúde mental. Em seguida, promove um diálogo entre as Clínicas do Trabalho (Bendassolli; Soboll, 2011) – a Ergonomia francesa, a Psicodinâmica do Trabalho, a Psicossociologia do Trabalho, a Clínica da Atividade e a Ergologia –, com as normas antecedentes em Psiquiatria, Reforma Psiquiátrica, Luta Antimanicomial brasileira e outros saberes correlatos (Bercherie, 1989; Amarante, 1995; Barreto, 1999, 2013; Lobosque, 1997; Silva, 2010, 2015, 2016, 2018).

Especificamente, é uma proposta clínica em construção – uma produção conceitual em aderência aos processos reais de trabalho e desaderência na interseção de dados empíricos e reflexões entre o mestrado e o doutorado realizados na Universidade Federal de Minas

¹ Esse texto recebeu a leitura crítica de residentes (R1) em Psiquiatria de Betim (2023), estes em processo de formação no curso intitulado “Epistemologia em Psiquiatria e processos de trabalho”. Meus agradecimentos: Alícia Garcia Gonçalves, Lorraine Jamile Oliveira Castro, Larissa Cristina de Assis e Paulo Vitor de Oliveira Cardoso.

Gerais (Silva, 2010, 2016). O primeiro, uma pesquisa realizada na área de concentração da Psicologia Social e do Trabalho, utilizando de quatro serviços substitutivos em saúde mental (CAPS III) de Belo Horizonte e Betim como campo de investigação. Qual a atividade de trabalho do psiquiatra nesses serviços entre o trabalho prescrito e o trabalho real? O resultado, a dissertação “A atividade de trabalho do psiquiatra no CAPS – Centro de Atenção Psicossocial: pois é José...” (Silva, 2010). O segundo refere-se ao avanço de algumas lacunas provenientes dessa primeira etapa no contexto da educação. Alguns desconfortos intelectuais foram perscrutados, ampliando o debate com as Clínicas do Trabalho e outros saberes, a partir da hipótese que a Psiquiatria até o momento tem mobilizado, insuficientemente, seus saberes híbridos (nem humanos, nem naturais), respondendo de forma muito confortável e tradicional aos casos impossíveis e insuportáveis que desafiam não somente os serviços abertos e fechados, mas, principalmente, a Psiquiatria enquanto instituição de saber e poder sobre a loucura. A resposta final foi a tese “O gesto profissional em Psiquiatria: o Centro de Atenção Psicossocial como território de trabalho” (Silva, 2016).

A entrada no campo da Psiquiatria do ponto de vista da atividade e não da especificidade, a partir das Clínicas do Trabalho, nesses dois processos de pesquisa, proporcionou a produção do conceito genérico de gesto profissional e a singularização dessa informação nesse mesmo campo. Nesse sentido, a *Ergopsiquiatria Clínica* é um conceito pluriépistêmico, proveniente dessa inter-relação de saberes – uma resposta desconfortável, atípica, anômala, debatida e impossível a questões da mesma ordem, as quais servem a qualquer *métier* onde o saber-fazer em Psiquiatria seja demandado.

2. A *Ergopsiquiatria Clínica* – inversões epistemológicas constituintes em debate de normas e valores

Em termos mais específicos, a *Ergopsiquiatria* é uma proposta clínica resultante de múltiplos saberes do planetário epistemológico-ergológico

em Psiquiatria que apresentamos. Um conceito em construção (*en train de se faire*) ao longo dessas pesquisas. Não somente derivado da Ergologia, por carregar o prefixo *ergo*, pois isto estaria pronto e estabilizado. Antes, uma postura clínica em Psiquiatria na interseção de conflitos de saberes, normas e valores, recebendo as contribuições de todas as Clínicas do Trabalho, elegendo a Ergologia em sua própria indisciplina como gestora dessa produção conceitual.

A *Ergopsiquiatria Clínica* não somente se mostra atenta à centralidade do trabalho na (des)estruturação psíquica (Lima, 2002, 2004, 2006; Le Guillant, 1984; Billiard, 2001, 2002), como também um recurso terapêutico para os pacientes dentro de determinadas instituições (abertas ou fechadas), reivindicando um gênero aberto, de extensão e comunitário de Psiquiatria, mobilizando os trabalhadores em seus pontos de vistas sobre a atividade profissional (Bernier, 2013; Bressia, 2003). Nesse sentido, essas pesquisas funcionaram como restituição de conflitos no interior de conflitos epistêmicos em Psiquiatria, localizando o nascimento da *Ergopsiquiatria Clínica* em estado de inversão epistêmica de normas, saberes e valores na atividade profissional. Quer dizer, não se produz conhecimento somente de forma tradicional, através de pesquisas por evidências e saberes constituídos, científicos. Há que se incorporar os saberes investidos, produzidos pela experiência, o engajamento e a história através do trabalho real. Uma forma de aplicar o real em teorias possíveis.

Apresentamos esse conceito em cinco etapas de inversões epistemológicas. A primeira, a Ergologia e sua postura clínico-não-clínica, a partir da produção de *Dispositivos Tripolares Ergopsiquiátricos* (DD3P) e de quatro epistemicidades. A segunda, o conceito genérico de gesto profissional e a singularização no campo da Psiquiatria. A terceira, a *Anamnese Ergopsiquiátrica* como instrumento qualitativo e analítico de reunião e coleta de dados objetivos e subjetivos, valorizando a singularidade das histórias de vida dos pacientes (Barros, 2002; Bertaux, 2014; Gaulejac, 1996; Ferrarotti, 1990). A quarta, a restituição de

conflito no conflito e a dialética compreender-transformar (Clot, 1997, 2002, 2006; Schwartz, 2000). A quinta, o gênero aberto de Psiquiatria e novos estilos de ser psiquiatra e/ou praticar a Psiquiatria (Clot, 2007a).

2.1 A Primeira Etapa: a Ergologia e sua postura clínico-não-clínica e epistemológica

A Ergologia é uma abordagem pluridisciplinar dentro das Clínicas do Trabalho, uma postura frente à vida e ao mundo do trabalho. Apresenta um conceito filosófico, antropológico, ontológico de trabalho, bem como um trabalho constante de provocar a construção de conceitos situados, tais como: atividade, norma, norma antecedente, renormalização, saberes constituídos, saberes investidos, debates de normas e valores, margens de manobras, epistemicidade, reservas de alternativas, *corpo-si*, projeto-herança, ingredientes de competência da atividade, dramáticas de uso de si por si e pelos outros, dispositivo dinâmico a três polos etc. A própria *Ergopsiquiatria Clínica* é um conceito decorrente de toda essa produção de saberes ergológicos em nível de *epistemicidade 3bis*.

Segundo a Ergologia, toda situação de trabalho apresenta, de um lado, uma face de produção de saberes no aqui-agora, em aderência às situações reais de trabalho. De outro lado, para justificar seu posicionamento não necessariamente clínico, comporta em desaderência uma dimensão histórica e protocolar, ético-filosófica, epistemológica, sociológica e antropológica, que inclui as normas antecedentes produzidas em outros contextos.

Mesmo que a Ergologia não tenha seu nascimento no campo clínico e psi, não podemos desertá-la desse lugar, vide essas argumentações. Ao contrário, pelo viés do *corpo-si* e das dramáticas do uso de si por si e pelos outros, ela desvela sua posição subjetiva na clínica – que não desconsidera a existência do inconsciente (Júnior, 2013). Em síntese, o caráter clínico-não-clínico da Ergologia é dialetizado no cotidiano da atividade profissional. Não-clínico na medida em que esse olhar não se constrói, nem se explica somente pela situação analisada. Clínico,

porque requer uma postura de desconforto intelectual para mobilizar os diversos conceitos ergológicos aplicados ao contexto da saúde mental e da Psiquiatria.

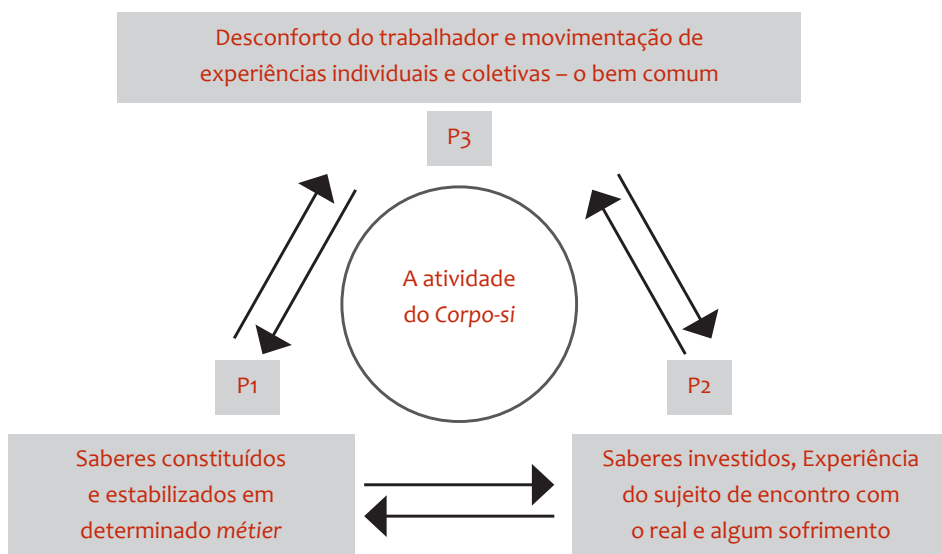
2.1.1 A produção de Dispositivos Tripolares Ergopsiquiátricos

Os *Dispositivos Tripolares Ergopsiquiátricos* são uma herança metodológica da Ergologia, promovendo uma análise das situações de trabalho em nível tripolar, ou seja, o Dispositivo Dinâmico a Três Polos (DD3P). O primeiro polo, aquele das normas antecedentes, saberes disciplinares e acadêmicos em Saúde Mental, Psiquiatria e Reformas – que provocam a atividade. O segundo, o polo dos saberes investidos na situação concreta e material de trabalho: o inédito e singular de pacientes e trabalhadores na atividade. O terceiro polo, aquele do trabalho coletivo, das disposições ético-epistemológicas nesse mesmo campo, do desconforto intelectual, do bem comum e que permite refazer a atividade normativa.

Especificamente, esses dispositivos *Ergopsiquiátricos* possibilitaram o encontro da Psiquiatria com cinco perspectivas teórico-metodológicas: as ciências da natureza, da vida e do homem, bem como o movimento da AntiPsiquiatria e a Ergologia, segundo Gaston Bachelard, Georges Canguilhem, Michel Foucault, David Cooper e Yves Schwartz, que nos reorientam frente ao recorte epistêmico em direção ao processo de engendramento do gesto profissional. O primeiro estabeleceu suas bases na filosofia das “ciências da natureza”, da matéria (a matemática, a física, a química); o segundo, na filosofia das “ciências da vida” (a biologia, a anatomia, a fisiologia, a patologia); o terceiro, na filosofia das “ciências do homem”; e o quarto, na experiência da AntiPsiquiatria (Cooper, 1967) como um argumento filosófico no campo da saúde mental e de Psiquiatria. Uma experiência de radicalização, de inversão epistemológica de saberes e valores nesses mesmos campos. O quinto, a própria Ergologia como uma filosofia da vida no trabalho (Schwartz, 2000; Schwartz; Durrive, 2007).

Pretendemos com essas cinco perspectivas teórico-metodológicas fazer um esforço de promoção de (re)abertura de um (novo) caminho teórico-metodológico-epistemológico no interior da *Ergopsiquiatria Clínica*. Em suma, são dispositivos em forma de “máquina de moer” conceitos em Psiquiatria, para dialogar com Yves Schwartz, na intenção de provocar a produção de novos saberes, novos gêneros em Psiquiatria e estilos diferentes de trabalhar:

Figura 1. Dispositivo Ergopsiquiátrico



Fonte: (Silva, 2016, p. 310)

A Ergologia apresenta uma distinção entre disciplina epistêmica e ergológica. A primeira diz respeito ao pensamento e à produção de conhecimento que visa neutralizar as condições ambientais, a dimensão história e singular do trabalhar aqui-agora. A segunda, ao inverter essa situação, traduz diversas dialéticas da atividade no trabalho real. Nesse sentido, a *Ergopsiquiatria Clínica* é uma postura, uma expressão prática, uma direção clínica possível, argumentada e situada do gesto profissional em Psiquiatria – o resultado de desconfortos intelectuais instaurados no interior dos saberes, promovendo sua (re)abertura em níveis de *epistemicidades* ergológicas.

2.1.2 A Psiquiatria em Epistemicidades Ergológicas

Apresentamos uma análise em espiral desses saberes entre as *epistemicidades* 1, 2, 3 e 3bis. Trata-se de um “planetário epistemológico” proposto pela Ergologia como um exercício de síntese de saberes e possibilidades na atividade. Uma forma de dar organicidade ao debate de normas e saberes em Psiquiatria, (re)abrindo-a em epistemicidades. Uma postura epistemológica que nos ajuda ampliar o conceito específico de gesto profissional em Psiquiatria, preparando e qualificando, conseqüentemente, a *Ergopsiquiatria Clínica*. Essa (im) postura epistêmico-metodológica visa promover a mobilização de novos saberes em Psiquiatria, proporcionando a evolução e a transformação de todo *métier* que demande a circulação desses saberes.

a) **Epistemicidade 1.** O trabalho do conhecimento, visando os objetos sem atividade (no sentido ergológico). O lugar das ciências de neutralizar os saberes científicos e técnicos. Assim, quais os saberes envolvidos em Psiquiatria neste contexto, sabendo que o átomo é um exemplo de partícula sem atividade? Em nossa pesquisa, a Neurociência, a NeuroPsiquiatria, a Psicofarmacologia e o psicofármaco.

b) **Epistemicidade 2.** As formalizações normativas e antecipativas que dirigem o viver e o fazer na vida e no trabalho, incluindo a atividade humana. Assim, as normas antecedentes da Psiquiatria clássica, das Escolas Psiquiátricas, da Psiquiatria moderna e contemporânea; dos códigos (DSM e CID-10); aqueles da Reforma Psiquiátrica e da Luta Antimanicomial no plano MACRO, em relação aos saberes da/na atividade; no plano MICRO, da Reforma nos serviços da RAPS, bem como a Psicofarmacoterapia Aplicada.

c) **Epistemicidade 3.** Os conceitos que visam o conhecimento da “alter-atividade” (atividade dos outros), das disciplinas humanas e sociais. Requer um retorno ao comportamento humano e atenção

aos seis ingredientes de competência (IGR)² da atividade. A postura da Ergologia de promover uma circularidade de saberes, incorporando a Psiquiatria em seu hibridismo constitucional: Psicologia, sociologias, antropologia, filosofias, Psicanálises, artes, inclusive cênicas, etc.

d) **Epistemicidade 3bis.** Os conceitos tendencialmente ergológicos e cunhados, talhados diferentemente em dobradura, articulando o espírito e a matéria. De um lado, o uso de si por si, ou seja, aquilo eu faço com o que fizeram de mim. De outro lado, o uso de si pelo outro, tudo que foi mobilizado e que me organiza, que trabalha em mim, a história singular de cada um. Uma conceituação que não descreve, nem normatiza as configurações humanas, a partir de uma única camada de normas antecedentes. Isso impõe situar no interior da atividade o momento da aprendizagem, do desprendimento, do desconforto intelectual. Trata-se de conceitos ergológicos modulados aos conceitos em Psiquiatria no engendramento do gesto profissional.

2.2 A Segunda Etapa: espreitando o gesto profissional genérico e em Psiquiatria

Inicialmente, partimos do conceito genérico de gesto profissional como um debate de normas em múltiplas dimensões de endereçamento: a atividade, o corpo, os saberes, a política, a técnica, a intencionalidade, a intuição, o inusitado, a clínica, o movimento, o projeto-ação/ato, o projeto-herança, a criatividade, o inconsciente, a semiótica e a validação/deliberação (Silva, 2016, 2017, 2018).

O gesto profissional não é diferente da atividade, é uma forma que esta assume em determinada situação de trabalho. Gesto é uma maneira debatida de expressão da atividade. Ele é a manifestação do resultado da síntese de debates de normas do/no corpo-si. Gesto é

² Segundo a Ergologia: “IRG1 - o relativo domínio de algo codificado; IGR2 - o relativo domínio de algo não codificado; IGR 3 - o domínio da decisão pertinente no momento certo; IGR 4 - a reconfiguração do meio em um debate de valores; IGR 5 - Em função desse debate de valores, desdobramento do potencial (dobra ou expansão dos ingredientes 1, 2, 3); IGR 6 - A sinergia com o coletivo” (Schwartz; Durrive, 2010, p. 211).

criatividade do agir, ação que rompe barreiras, é sincronia e também diacronia do agir em competência na atividade, considerando seu caráter heterodeterminado de constituição singular e coletiva, micro e macro. Neste sentido, o gesto faz síntese no aqui-agora, no presente da atividade, mas, ao mesmo tempo, ele é síntese do passado, projetando a atividade futura.

Em suma, o gesto é uma entidade múltipla que sintetiza condições e contradições ambivalentes, basicamente física e, iminentemente, metafísica, cuja manifestação é o resultado da síntese de *debate de normas* e *renormalizações* singulares e universais possíveis e parciais que ocorrem em dois níveis. Tanto no espaço interno (invisível e não verbal), quanto externo (visível e verbal) ao indivíduo e a outrem, mas corporal nos dois sentidos. Uma dialética entre doação e recepção de instrumentos cognitivos e afetivos. Um gesto tem como base o movimento, enquanto deslocamento físico-externo e interno do corpo, onde a atividade do *corpo-si* é central, reivindicando uma postura clínica. (Silva, 2016, p. 406).

Esse conceito genérico foi singularizado, configurando o gesto profissional em Psiquiatria. Muitas questões foram sendo informadas, construídas e trabalhadas ao longo da tese (Silva, 2016), ressignificando crises, rupturas e movimentos em vários níveis, critérios e instâncias de trabalho entre saberes constituídos e investidos, posturas profissionais e condições de trabalho (Kaes, 2013; Schwartz, 2000).

2.2.1 De desconfortos intelectuais à singularização da informação: o gesto profissional em Psiquiatria

Reabrimos o conceito genérico de gesto profissional – segundo a filosofia da vida de Canguilhem (1995), no campo da Reforma Psiquiátrica e da Luta Antimanicomial – e convocamos outros saberes para o processo de tradução desse desafio. O gesto profissional em Psiquiatria é uma postura profissional construída, debatida, argumentada a partir da análise da atividade multiprofissional, mobilizando saberes em Psiquiatria na Rede de Atenção Psicossocial (RAPs). Entre os diversos achados empíricos da pesquisa de mestrado (Silva, 2010), localizamos alguns desconfortos intelectuais e reais em

síntese, os quais possibilitaram a configuração do conceito de gesto profissional em Psiquiatria na tese:

a) **os casos impossíveis e insuportáveis** – aqueles pacientes que desafiam os serviços abertos e fechados, bem com a Psiquiatria como instituição de saber e poder sobre a loucura;

b) **a evolução da demanda em sobrecarga de trabalho** – aquilo que no início da implantação desses serviços proporcionou a criação de novas reservas de alternativas para garantir o tratamento em liberdade, ao longo dos anos, foi transformando-se em sobrecarga de trabalho;

c) **o empobrecimento da clínica** – o resultado da tensão entre a rápida demanda por um diagnóstico, um código, uma medicação, um laudo, um rótulo de sofrimento mental e a construção de Projeto Terapêutico Singular (PTS). Consequentemente, o enfraquecimento da função do Técnico de Referência (TR), aquele profissional que promove e sustenta a construção do caso clínico;

d) **a clínica da condição e da exceção** – conter química e fisicamente precisa ser medida de exceção, mas tem sido uma condição necessária para manter o paciente dentro dos limites da instituição, ainda que aberta;

e) **a convocação de uma Clínica Ampliada** – o trabalho nesses serviços em rede convoca um debate de normas em múltiplas dimensões, ampliando o conceito de saúde e doença e convocando um diálogo intenso de saberes clínicos para a reconstrução da clínica da referência;

f) **a formação como saída e como problema** – se os trabalhadores com pouca formação e traquejo em saúde mental demandam a centralidade do médico psiquiatra, outros hiper-graduados também o fazem, convidando este profissional somente para medicar casos supostamente bem dirigidos;

g) **a rotatividade dos psiquiatras nos CAPS** – os processos de formação de psiquiatras em serviços hospitalares fechados pouco

preparam esses profissionais para o trabalho em equipe, a resposta não poderia ser outra senão a alta rotatividade e o abandono;

h) **o médico e a Medicina ainda ocupam posições centrais** – à revelia dos princípios da reforma, os saberes médicos ainda continuam hegemônicos;

i) **de vida-escolhas profissionais** – as histórias de vida são constituintes das escolhas teórico-profissionais. Percebe-se que aqueles psiquiatras que sustentaram e ainda sustentam o trabalho coletivo nos CAPS por cerca de dez, quinze, vinte anos, são aqueles que vivenciaram em suas histórias de vida outros engajamentos e militâncias em outros contextos da vida;

j) **desospitalização sim, desmedicalização não** – os psiquiatras toparam a desospitalização, reafirmando a necessidade de humanização do sistema fechado de tratamento, mas ainda não renunciaram à medicação e à medicalização da loucura;

k) **a prática de vicariâncias³ na atividade profissional** – entrar na atividade do ponto de vistas das Clínicas do Trabalho exige o encontro com caminhos alternativos e substitutivos no percurso da construção de Projetos Terapêuticos Singulares (PTS) de tratamento;

l) **a terceirização das profissionalidades** – trata-se de um movimento que tem acontecido nos últimos anos na saúde, que tem fragilizado sobremaneira o tratamento longitudinal do paciente e rompendo com o vínculo e o pertencimento do profissional nas equipes de trabalho;

m) **o rompimento de coletivos em coleções de trabalhadores** – o início do processo de Reforma Psiquiátrica provocou e proporcionou não somente a criação de um gênero aberto de Psiquiatria, como

³ Segundo Berthoz (2013, p. 48), a vicariância é um instrumento fundamental do ser humano que diz da substituição de um processo por outro, visando atingir o mesmo objetivo. Ela abre possibilidades (im)pensadas, novas pela substituição de uma solução por uma outra para resolver um problema dado, ou pela utilização de uma solução de um problema para resolver outro.

também a existência de coletivos de trabalhadores. Recentemente, percebe-se uma degradação e desinvestimento desse gênero, conseqüentemente, o rompimento de coletivos em coleções de trabalhadores.

A entrada no doutorado contou com esses desconfortos, acima elencados, como proposta de reinvestigação da atividade de trabalho nos CAPS III. Porém, a diferença é que o foco se deslocou do psiquiatra para todos os trabalhadores que lidam com a Psiquiatria. Qual a movimentação possível dos saberes em Psiquiatria mediante os esbarrões entre trabalhadores e pacientes? Qual o momento em que uma ação se reconfigura em um projeto ampliado de movimentação, ou seja, um projeto-ação que se materializa em atos (em suas aventuras) (Mendel, 1998) para se reconfigurar em gesto profissional na atividade em Psiquiatria?

Abordamos a dialética gesto-atividade profissional no sentido deontológico de uma (im)possível atividade em Psiquiatria como um *élan* de vida, estruturada na relação entre o organismo, o sofrimento e o meio. Uma dialética na interseção prescrito-real, mobilizando as normas antecedentes em Psiquiatria (desde a Era Clássica até as Reformas Psiquiátricas) e a experiência dos trabalhadores, possibilitando a mobilização de saberes híbridos, inclusive, possibilitando a produção de regras comuns para o bem viver e fazer Psiquiatria neste contexto de Reforma.

A atividade em Psiquiatria é também triplamente dirigida (Clot, 2006): pelo sujeito (usuário e/ou trabalhador) e seu comportamento, pelo objeto (no caso a loucura) e pelo outro. Ela é multideterminada e depende do projeto-ação/ato a ser endereçado e engendrado na perspectiva de um gesto profissional. É uma luz que ilumina aquilo que se faz aqui-agora na relação com o paciente, sua loucura, a equipe de trabalhadores e os valores envolvidos. Desvela também aquilo que não se faz, que sonhamos fazer e não conseguimos, que somos impedidos de fazer, que fracassamos ao fazer e que fazemos para não

fazer aquilo que devemos, ou seja, o real da atividade (Clot, 2006). Ela extrapola o fazer aqui-agora para se ocupar de outras dimensões – históricas, do pensamento consciente e inconsciente, da imaginação, do agir em criatividade, dos saberes envolvidos na ação, do lazer, do movimento dentro e fora de serviços, dos sentimentos, dos afetos, da linguagem, da política, do trabalho, da cultura, do contexto social, da intencionalidade –, ampliando as dimensões do gesto profissional em Psiquiatria.

Se gesto é atividade – e a loucura é também uma produção social –, o gesto profissional em Psiquiatria não pode ser uma resposta unilateral, confortável e biologicista frente a esta produção de valores. Ele é uma manifestação heterológica e multideterminada, uma resposta argumentada, multifacetada, biopsicossocial, cultural e debatida de todas as dimensões do gesto genérico, aplicadas na interseção das normas antecedentes em Psiquiatria e das normas que os próprios trabalhadores e pacientes se dão na atividade. Em termos gerais, a (im)possível atividade em Psiquiatria compõe-se de ações e atos que se reconfiguram em gestos profissionais na atividade. E o gesto profissional em Psiquiatria é uma movimentação terapêutico-clínica que irrompe na atividade, modificando o curso da ação terapêutica, qualificando o acolhimento do paciente, a escuta, a construção do caso clínico, o diálogo entre técnicos de referência, o secretariamento da loucura, a pesquisa, a prescrição de medicamentos, as contensões variadas, modos diferentes de relacionar com o paciente para além da doença. São questões que fazem do gesto profissional em Psiquiatria um híbrido de possibilidades.

2.2.2 Alguns outros dados empíricos constituintes do gesto profissional em Psiquiatria:

a) o CAPS alarga as possibilidades e profissionalidades, além de correr o risco de ocupar um lugar como dantes ocupava o hospital psiquiátrico e ser sucumbido pelas más condições de trabalho;

b) os gestos profissionais que provocamos são aqueles na direção da Reforma Psiquiátrica e da Luta Antimanicomial, engendrados no impossível encontro com o real, com pacientes que desafiam as instituições abertas e fechadas de tratamento e os saberes constituídos sobre a loucura;

c) a dimensão corporal é evidente na maioria dos gestos, e isso denuncia as técnicas socioculturais constituintes de um corpo brasileiro que esquiva, dribla e ginga, segundo Marcel Mauss – *Les techniques du corps* e François Laplantine – *Le social et le sensible*;

d) o gesto é atividade, clínica e movimento interno e externo em sua essência;

e) os trabalhadores da saúde mental correm o risco de encontrar zonas de conforto frente à insuportabilidade que a loucura apresenta aos enigmas e desafios do real e da atividade;

f) sair do lugar central requer sustentar o movimento da equipe de descentralização do ato médico e ocupação de lugares de importância, segundo Lobosque (2001), na atividade profissional coletiva.

2.3 A terceira proposição – a Anamnese Ergopsiquiátrica

A Anamnese *Ergopsiquiátrica* é uma estratégia de preparação do terreno para que o paciente possa nos dizer aquilo que ele precisa dizer, e não exatamente aquilo que precisamos saber para compor nossos diagnósticos e dirigir nossos tratamentos. Uma anamnese argumentada, analítica e ampliada. Neste instrumento de guia, a conduta não é meramente uma decisão a ser tomada de forma

pontual, mas um espaço-tempo que se reconfigura em forma de gesto profissional.

Figura 2. O Instrumento de Anamnese *Ergopsiquiátrica*

INSTRUMENTO DE ANAMNESE ERGOPSIQUIÁTRICA	
Data _____	Local _____
Nome _____	Sexo _____
Estado Civil _____	Nacionalidade _____
Filiação	Pai _____
	Mãe _____
Filhos _____	
Profissão _____	
Escolaridade _____	
Religião _____	
Residência _____	
Motivos da Consulta	
História da moléstia atual / Histórias de vida (Aquilo que se precisa contar)	
História pregressa / Normas antecedentes	
História familiar / Projeto-Herança de sofrimento geral e mental	
Trabalho - Atividade profissional e de vida	

Exame mental
1) Descrição da aparência real e subjetiva 2) Súmula psicopatológica: Aparência / Atitude / Orientação / Consciência / Afeição / Memória / Pensamento / Senso-percepção / Afetividade – Sentimento / Humor / Vontade / Inteligência / Motricidade / Inteligência – Juízo crítico
Preparando o gesto profissional em Psiquiatria
1) A hipótese Diagnóstica (HD) 2) O Projeto – ação/atos – Projeto Terapêutico Singular (PTS) 3) Debate de normas em múltiplas dimensões de endereçamentos: Saberes / Valores / Equipe / Gestor / Corpo / Conflito / Técnica / Projeto-ação / atos / Semiótica / Intencionalidade / Inconsciência / Política / Clínica / Familiares / Movimento / Atividade / Criatividade... 4) Técnicos de Nível Superior envolvidos a) Técnico de nível superior – Técnico de Referência (TNS/TR) b) Técnico de nível superior – Psiquiatra (TNS/Médico)

Fonte: Elaborado pelo próprio autor

2.4 A quarta proposição: a restituição de conflito no conflito e a dialética compreender-transformar

Trata-se de um debate entre os quatro aportes teóricos das Clínicas do Trabalho acerca do compreender e do transformar (Guérin, 2001). A Clínica da Atividade defende a postura de transformar para compreender o *métier*, partindo da ação como estratégia de (re) instituição de conflitos em conflitos já existentes no espaço-tempo realizado/real da atividade. Então, agir, instituindo conflitos sem nada poder prever, a fim de saber, transformando o *métier* para compreender a situação e o desenvolvimento do mesmo – um grande desafio que requer uma postura filosófica, ético-epistemológica e clínica.

Já a Ergologia convida-nos a pensar a entrada na atividade em forma de engajamento e desconforto intelectual, defendendo o mecanismo de compreender para transformar, assim como a Ergonomia da atividade. A Ergologia propõe abordar a atividade mediante um diálogo entre as

normas antecedentes e aquelas que o meio convoca como forma de compreender o *métier* para transformá-lo, consequentemente.

Compartilhamos com a Psicossociologia do Trabalho a importância de considerar as dimensões individual e coletiva para as intervenções psicossociológicas no viés da pesquisa-ação, visando compreender para transformar e transformar para compreender as situações complexas, (im)possíveis e (in)suportáveis, convocadas pelos casos clínicos (Lhuillier, 2008). A *Ergopsiquiatria Clínica* amplia a dialética e propõe a instituição de conflitos em conflitos na atividade para se promover o desenvolvimento e transformação da própria atividade em Psiquiatria.

2.5 A quinta proposição: um gênero aberto de Psiquiatria, servindo a novos estilos de ser psiquiatra e/ou praticar a Psiquiatria

Uma reflexão que dialoga com o último desconforto acima descrito. Segundo a Clínica da Atividade (Clot, 2007a, 2007b), falar de gênero profissional é traduzir o conceito de coletivo, um mecanismo de retroalimentação conceitual. Onde há um gênero profissional, o coletivo de trabalho pode se fazer presente como um patrimônio do fazer juntos, criado e estabilizado ao longo dos anos. Por isso, funciona como uma memória de formas diferentes de fazer a mesma coisa. Uma estocagem de resultados da ação individual, compreendendo que ele autoriza e legitima esta ação no aqui-agora das situações de trabalho.

No curso do fazer coletivo, percebemos o gênero profissional nas regras, nos signos, na linguagem comum, nos símbolos e enigmas que compartilham as pessoas ao trabalhar a partir de um campo do conhecimento. Entre o *prescrito* e o *real*, há um terceiro elemento, “o gênero social de ofício, o gênero profissional, isto é, as “obrigações” compartilhadas pelos que trabalham para conseguir fazer um trabalho bem-feito, frequentemente, apesar de todos os obstáculos e, às vezes, da organização prescrita de trabalho” (Clot, 2010, p. 119). O gênero é um intercalado psicossocial, uma memória transpessoal que diz respeito à dimensão social da atividade. É o transpessoal que se traduz

entre dois registros – de um lado, o *peçoal*, a subjetividade; e do outro, o impessoal, a obrigação prescritiva, a tarefa.

Além disso, o estilo é um retoque crítico do gênero, uma forma de recriar, reviver o gênero, uma maneira catacrética de estilizar⁴ a ação, de praticar o gênero de ofício em liberdade e agir no coletivo, de se expressar na atividade, transformando e provocando o desenvolvimento do *métier*. Nesse sentido, a *Ergopsiquiatria Clínica* é ao mesmo tempo um estilo de se praticar a Reforma Psiquiátrica e um novo gênero (in)formador de novos gêneros e estilos de se praticar a Psiquiatria.

Por outro lado, a impossibilidade de estilização do gênero na atividade contribui para as crises em processos de trabalho e sofrimento psíquico de trabalhadores. Quer dizer, se o gênero se degenera/ degrada, o coletivo se desfaz, proporcionando a criação de coleções de trabalhadores, agindo de forma isolada e sem diálogo interdisciplinar.

3. Considerações finais

Para finalizar, esperamos que a *Ergopsiquiatria Clínica*, ainda que *en train de se faire*, seja uma postura epistemológica em Psiquiatria – um gesto profissional desconfortável, atípico e anômalo para questões impossíveis e insuportáveis. Ela nasceu encravada no trabalho real dos serviços em rede aberta, a partir dos desconfortos acima apresentados e inter-relacionados com os conceitos clínicos sobre trabalho.

Em outras palavras, um instrumento de moer conceitos em Psiquiatria. Nesse texto, apresentamos os pilares constituintes da *Ergopsiquiatria Clínica*. Ela tem como objetivos promover o

⁴ A estilização da ação requer processos catacréticos na medida em que se busca tornar possível o impossível na atividade. Trata-se de uma figura de linguagem, a catacrese, uma palavra e um conceito em Psicologia. Maneira de dizer, nomear as coisas quando faltam palavras. Por meios desviados, oferece outra funcionalidade aos objetos, por exemplo, o braço da cadeira, o pé da mesa etc. Através da catacrese, fabrica-se outro meio de viver, cria-se um espaço-tempo de saída do embaraço da situação, estiliza-se a ação, gerando obstáculos para atingir objetivos.

desenvolvimento do *métier* psiquiátrico aberto, provocando o gênero de reforma e outros possíveis, servindo à restituição de coletivos fragmentados, além de perscrutar a abertura de processos endurecidos e fechados de tratamento em Psiquiatria. Nesse sentido, ela apresenta-se como uma estratégia argumentada e debatida de intervenção no sofrimento mental. Uma forma de desneutralizar os meios técnicos de trabalho, possibilitando ao trabalhador, que não somente o psiquiatra, um questionamento aos saberes específicos e coletivos, visando à criação de novos mecanismos para a descentralização de posturas profissionais centralizadoras de todo tipo de saber e poder. É tempo de rever a democracia e o cuidado em liberdade no país, os princípios e a trajetória da Reforma Psiquiátrica e da Luta Antimanicomial brasileira, reinterrogando-as e promovendo uma reabertura e movimentação de dentro das instituições para fora, em direção às cidades, ao encontro com o sujeito em seu ambiente de vida.

REFERÊNCIAS

- ALMEIDA FILHO, N.. **O que é saúde?** Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2011.
- AMARANTE, P.. **Loucos pela vida: a trajetória da Reforma Psiquiátrica no Brasil.** Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 1995.
- AMARANTE, P.; FREITAS, F.. **Medicalização em Psiquiatria.** Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2015.
- BACHELARD, G.. **A formação do espírito científico: contribuição para uma Psicanálise do conhecimento.** Rio de Janeiro: Contraponto, 1996.
- BARRETO, F. P.. O normal e o patológico para Medicina e para a Psiquiatria. In: OLIVEIRA, R. M. (org.). **Seminários em psicopatologia: da Psiquiatria clássica à contemporaneidade.** Belo Horizonte: COOPMED, 2013. p. 67-74.
- BARRETO, F. P.. **Reforma psiquiátrica e movimento lacaniano.** Belo Horizonte: Itatiaia, 1999.
- BARROS, V. A.; SILVA, L. R.. A pesquisa em história de vida. In: GOULART, I. B. (org.). **Psicologia organizacional e do trabalho: teoria, pesquisa e tema correlatos.** São Paulo: Casa do Psicólogo, 2002. p. 133-146.
- BENDASSOLLI, P. F.; SOBOLL, L. A. (org.) **Clínicas do trabalho.** São Paulo: Atlas, 2011.
- BERCHERIE, P.. **Os fundamentos da clínica psiquiátrica: história e estrutura do saber psiquiátrico.** Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1989.

- BERNIER, C. L.. **L'entre-corps: la symbiose partielle dans l'approche des psychoses en psychothérapie institutionnelle**. Paris: MJW Fédition, 2013.
- BERTAUX, D.. **L'enquête et ses méthodes: le récit de vie**. Paris: Armand Colin, 2014.
- BERTHOZ, A.. **La vicariance: le cerveau créateur de mondes**. Paris: Odile Jacob, 2013.
- BILLIARD, I.. Les pères fondateurs de la psychopathologie du travail en butte à l'énigme du travail. **Cliniques Méditerranéennes: Psychanalyse et Psychopathologie Freudiennes**, Toulouse, n. 66, p. 11-29, Sept. 2002.
- BILLIARD, I.. **Santé mentale et travail: l'émergence de la psychopathologie du travail**. Paris: La Dispute, 2001.
- BRESSIA, M. F. Q.. **O uso do trabalho como recurso terapêutico: novas possibilidades no atendimento em serviços de saúde mental**. 2003. Dissertação (Mestrado em Psicologia) – Faculdade de Filosofia e Ciências Humanas, Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2003.
- CANGUILHEM, G.. **O normal e o patológico**. 4. ed. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 1995.
- CLOT, Y.. **A função psicológica do trabalho**. Petrópolis, RJ: Vozes, 2006.
- CLOT, Y.. **A função psicológica do trabalho**. Petrópolis: Vozes, 2007b.
- CLOT, Y.. Cliniques du travail et psychopathologie du travail. **Cliniques Méditerranéennes: Psychanalyse et Psychopathologie Freudiennes**, Toulouse, n. 66, p. 5-10, set. 2002.
- CLOT, Y.. Le problème des catachrèses en psychologie du travail: un cadre d'analyse. **Le Travail Humain**, v. 60, n. 2, p. 113-129, jun. 1997.
- CLOT, Y.. **Trabalho e poder de agir**. Belo Horizonte: Fabrefactum, 2010.
- CLOT, Y.. Trabalho e sentido do trabalho. In: P. Falzon (org.), **Ergonomia**. São Paulo: Edgard Blücher, 2007a. pp. 265-280.
- COOPER, D.. **Psiquiatria e antiPsiquiatria**. São Paulo: Perspectiva, 1967.
- FERRAROTTI, F.. **Histoires et histoires de vie**. Paris: Méridiens Klincksieck, 1990.
- GAULEJAC, V.. **Histoires de vie et choix théoriques**. Tradução de Vanessa Andrade de Barros. Paris: Université de Paris VII, 1996. (Les Caschiers du Laboratoire de changement Social, n. 1).
- GUÉRIN, F. et al. **Compreender o trabalho para transformá-lo: a prática da ergonomia**. São Paulo: Blucher: 2001.
- JÚNIOR, A. B. G.. **O uso de si e o saber fazer com o sintoma no trabalho**. 2013. Tese (Doutorado em Conhecimento e Inclusão Social em Educação) – Faculdade de Educação, Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte; Instituto de Ergologia, Université d'Aix-Marseille, Marselha, 2013.

KAES, R.. **Crise, rupture et dépassement**. Paris: Dunod, 2013.

LE GUILLANT, L.. **Quelle psychiatrie pour notre temps?** travaux et ecrits de Louis Le Guillant. Toulouse: Éditions Érès, 1984.

LHUILIER, D.. **Cliniques du travail**. Toulouse: Éditions Érès, 2008.

LIMA, M. E. (org.). **Escritos de Louis Le Guillant: da ergoterapia à psicopatologia do trabalho**. Tradução de Guilherme Teixeira. Petrópolis: Vozes, 2006.

LIMA, M. E.. A questão do método em Psicologia do trabalho. In: GOULART, I. B. (org.). **Psicologia organizacional e do trabalho: teoria, pesquisa e temas correlatos**. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2002. p. 123-132.

LIMA, M. E.. **A relação entre distúrbio mental e trabalho: evidências epidemiológicas recentes**. In: DINIZ, G. et al. **O trabalho enlouquece? um encontro entre a clínica e o trabalho**. Petrópolis, RJ: Vozes, 2004.

LOBOSQUE, A. M.. **Experiências da loucura**. Rio de Janeiro: Garamond, 2001.

LOBOSQUE, A. M.. **Princípios para uma clínica antimanicomial**. São Paulo: Hucitec, 1997.

MENDEL, G.. **L'acte et une aventure: du sujet métaphysique au sujet de l'actepouvoir**. Paris: Éditions la Découverte, 1998.

SCHWARTZ, I.. **Le paradigme ergologique ou um métier de philosophie**. Toulouse: Octarès Éditions, 2000.

SCHWARTZ, I.; DURRIVE, L. (org.). **Trabalho e ergologia: conversas sobre a atividade humana**. Rio de Janeiro: EDUFF, 2007.

SCHWARTZ, I.; DURRIVE, L. (org.). **Trabalho e ergologia: conversas sobre a atividade humana**. 2. ed. Rio de Janeiro: EDUFF, 2010.

SILVA, E. R.. **A atividade de trabalho do psiquiatra no CAPS – Centro de Atenção Psicossocial: pois é José...** 2010. Dissertação (Mestrado em Psicologia) – Faculdade de Filosofia e Ciências Humanas, Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2010.

SILVA, E. R.. **O gesto profissional em Psiquiatria: o Centro de Atenção Psicossocial como território de trabalho**. 2016. Tese (Doutorado em Educação) – Faculdade de Educação, Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2016.

SILVA, E. R.. **Pour une démarche ergopsychiatrique clinique en gestes**. Revue Ergologia, n. 14, Décembre, 2015, p. 21-45.

SILVA, E. R.; CUNHA, D. M.. **O gesto profissional em Psiquiatria: um debate de normas em múltiplas dimensões**. Linhas Críticas. Brasília, DF, v. 24, 2018, p. 217-23.

O desafio do trabalho intersetorial entre CREAS e CAPS I no atendimento psicossocial a pessoas em situação de rua no município de Pitangui

Mônica do Pilar Santos
Márcia Maria Rodrigues Ribeiro
Jaqueline Lago

Introdução

Este relato de experiência se propõe a apresentar e refletir sobre a ampliação do acompanhamento psicossocial a pessoas em situação de rua no município de Pitangui, em Minas Gerais, a partir da experiência de uma ação integrada e intersetorial entre a Abordagem Social e a equipe do Centro de Atenção Psicossocial I (CAPS I). A necessidade e o interesse em fomentar tal ação surgiram mediante uma demanda do Ministério Público local, o qual solicitou à Secretaria de Desenvolvimento Social a realização de uma intervenção junto a um grupo de pessoas em situação de rua que permanecia na praça da cidade e vinha causando desconfiança e incômodo aos lojistas. Nesse sentido, tal demanda possibilitou o encontro de serviços de duas políticas locais, a da saúde e a da assistência social, no trabalho no território, favorecendo discussões ampliadas sobre os casos e sobre o atendimento psicossocial das pessoas em situação de rua.

A cidade de Pitangui carece de alguns equipamentos para o cuidado à população em situação de rua, recomendados pelas políticas do Sistema Único de Assistência Social (SUAS) e do Sistema Único de Saúde (SUS), por não atender aos critérios populacionais mínimos. O município não conta com Centro de Referência Especializado para Pessoas em Situação de Rua – Centro POP e Casa de Passagem previstos no SUAS; nem com Consultório na Rua e Centro de Atenção Psicossocial para usuários de álcool e outras drogas (CAPS AD), propostos pelo

SUS para acolhimento, acompanhamento e tratamento às pessoas em situação de rua e em uso prejudicial de álcool e outras drogas. Surgiu, então, a necessidade de construir novos caminhos e novas alternativas, pensando-se na produção de um cuidado ampliado e continuado para esta população.

Neste contexto, uma pergunta surgiu e orientou o nosso relato da experiência: como garantir a continuidade do cuidado às pessoas em situação de rua e usuárias de álcool e outras drogas e/ou que apresentam sofrimento mental em uma cidade que não atende aos critérios populacionais das políticas públicas de saúde e da assistência social para implantar serviços importantes para a garantia do cuidado e dos direitos destes cidadãos?

A experiência relatada, realizada entre meados de 2019 e dezembro de 2022, demonstrou que a atuação conjunta e de forma intersetorial entre as políticas de assistência social e de saúde permitiu criar, inovar e construir alternativas possíveis para sustentar o cuidado ampliado às pessoas em situação de rua no município de Pitangui.

Referencial Teórico

As políticas públicas, a partir da promulgação da Constituição Federal de 1988, impulsionaram nas cidades ações e programas dedicados a garantir os direitos do cidadão às condições básicas ligadas à saúde, educação, lazer e outros bens sociais, com o objetivo de promover uma melhor qualidade de vida e bem-estar da população.

O conceito apresentado no Decreto n.º 7.053, de 23 de dezembro de 2009, que regulamenta a Política Nacional de População de Rua (PNPR), define que a

[...] população em situação de rua é o grupo populacional heterogêneo que possui em comum a pobreza extrema, os vínculos familiares interrompidos ou fragilizados e a inexistência de moradia convencional regular, e que utiliza os logradouros públicos e as áreas degradadas como espaço de moradia e de sustento, de forma temporária ou permanente, bem como as unidades de acolhimento para pernoite temporário ou como moradia provisória. (Brasil, 2009, art. 1, parágrafo único).

A partir dessa definição, percebe-se que a pobreza extrema é um dos aspectos que caracterizam essa população, porquanto impede que ela consiga ter acesso às necessidades mínimas, como alimentação e local de moradia, além da garantia de direitos, o que a coloca em uma situação de extrema vulnerabilidade social. Diante dessa constatação, a política de assistência social é promulgada para atender a esse público. Ela propõe a implementação de propostas de proteção social especial que possam promover um novo projeto de vida e ampliar as oportunidades. Esta política reconhece como sujeitos de direitos essa população tão estigmatizada.

Um dos serviços dessa política de assistência social, o CREAS – Centro de Referência Especializado de Assistência Social, funciona como uma unidade pública com cobertura municipal ou regional, sendo uma referência de oferta do trabalho social voltado para os indivíduos e as famílias em situação de risco pessoal e/ou social, por violação de direitos.

Já no Sistema Único de Saúde (SUS), estão previstos os CAPS, serviços que têm um papel fundamental e estratégico na efetivação do novo modelo de atenção à pessoa com sofrimento mental, visto que esses dispositivos servem como articuladores do cuidado da atenção psicossocial próximo da comunidade. Em adição, são serviços de caráter aberto e comunitário, condição contrária ao modelo asilar, posto que são construídos por equipes multiprofissionais que atuam sob a lógica interdisciplinar, com foco no atendimento às pessoas com sofrimento mental, incluindo aquelas com necessidades decorrentes do uso prejudicial de crack, álcool e outras drogas. Estes serviços compõem a Política Nacional de Saúde Mental, fundamentada na Lei n.º 10.216/2001, conhecida como Lei da Reforma Psiquiátrica, fruto de um intenso processo de mobilização social e da Luta Antimanicomial, protagonizada por usuários e usuárias, trabalhadores e trabalhadoras da saúde mental (Brasil, 2001).

Na experiência relatada, que buscou promover a aproximação e o desenvolvimento de ações intersetoriais entre as políticas locais de Pitangui, diversos desafios foram identificados e enfrentados como, por exemplo, o fato de ser imprescindível ampliar o espectro do olhar das(os) profissionais desses serviços ligados às políticas do SUAS e do SUS, no sentido de atualizar as diretrizes das políticas e perceber seus pontos comuns. Outrossim, é preciso compreender a amplitude desse cuidado para além do individual ou do grupo familiar, deixando-se afetar pelas histórias, pelos contextos e pelas condições de vida no território, considerando assim as possibilidades e a inventividades surgidas a partir dos encontros.

Contextualizando a experiência

Pitangui é o mais antigo município da região central de Minas Gerais, localizado a 126 km de distância da capital mineira. De acordo com o último Censo realizado, sua população é de 26.685 habitantes (IBGE, 2022). Ademais, o município estende-se por 569,636 km² e faz divisa com os municípios de Conceição do Pará e Onça de Pitangui. Ele situa-se a 24 km ao nordeste de Nova Serrana, a maior cidade nos arredores, e está localizado nas proximidades da BR-352, o que possibilita a circulação de um número considerável de pessoas em situação de rua e migrantes entre as cidades de Divinópolis, Nova Serrana, Conceição do Pará, Pará de Minas, Papagaios e Martinho Campos.

A Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) de Pitangui conta com os seguintes equipamentos: Atenção Básica, com dez Unidades Básicas de Saúde (UBS); um CAPS I; cinco leitos de retaguarda na Santa Casa de Misericórdia; e dois profissionais na Policlínica, um da Psiquiatria e um da Psicologia, os quais realizam atendimentos individuais para adultos.

Em 2019, em uma das reuniões da rede assistencial, que eram solicitadas pela gestão na Secretaria de Desenvolvimento Social quando necessário, o gestor apresentou um ofício do Ministério Público (MP)

à equipe do CREAS¹, que solicitava providências e manifestação em um prazo de dez dias sobre um grupo de quinze pessoas que estavam em situação de rua, na praça da cidade, causando transtornos para os comerciantes, pedindo dinheiro, comida e incomodando os clientes dos comércios na região. Neste contexto, surgiu a necessidade de se problematizar essa demanda, pois a questão era complexa e desafiadora e não seria simples formular uma ação a ser desenvolvida diante daquele cenário apresentado, considerando-se a realidade e a limitação dos serviços existentes na Secretaria de Assistência Social.

Os trabalhadores deste setor, mesmo que problematizando, aceitaram realizar a intervenção, porém, com a condição de que a assistente social do CAPS I também acompanhasse o andamento das abordagens, uma vez que já se reconhecia a complexidade da situação, qual seja, um verdadeiro mergulho no real. Desse modo, o gestor da Assistência Social solicitou que a assistente social do Centro de Referência da Assistência Social (CRAS) também acompanhasse o trabalho, porém essa profissional, na prática, desistiu das abordagens. Já a assistente social do CAPS I aceitou o desafio.

O trabalho social exigiu “arregaçar as mangas” e colocar-se em ação. A dupla de profissionais partiu para o centro da cidade ao encontro das pessoas em situação de rua. Eram quinze pessoas em situação de rua naquele momento: homens e mulheres, entre 25 e 50 anos. Foram encontradas pessoas alcoolizadas, deitadas, conversando em grupo, bem como homens jovens conversando sozinhos, além de casais brigando.

A primeira autora do presente artigo, psicóloga da assistência social, e a assistente social do CAPS I apresentaram-se e começaram a conversar com as pessoas em situação de rua, perguntando seus

¹ O Centro de Referência Especializado da Assistência Social de Pitangui, à época, contava com uma advogada, uma assistente social, uma psicóloga do PAEFI (Programa de Atendimento Especializado a Famílias e Indivíduos) e uma psicóloga que atuava como supervisora das medidas socioeducativas em meio aberto, 18 anos de experiência.

nomes, há quanto tempo estavam naquela condição, de onde vieram e quais eram as suas demandas. Nesse processo, fizeram anotações das informações obtidas e logo perceberam a necessidade de ampliar a escuta a essas pessoas. As visitas passaram a ser realizadas durante toda a semana, sempre no período da manhã. Ao fim deste período de escuta, foi possível identificar cada pessoa por seu nome e, o mais importante, conhecer um pouco de cada história. A partir daí, foi-se tentando viabilizar, na medida do possível, o encaminhamento das demandas apresentadas pela população atendida: banho, alimentação, atendimento médico, acesso ao dentista, fornecimento de roupas, cobertores, kit de higiene pessoal, toalha de banho, passagem intermunicipal, efetivação no Cadastro Único, providência de documentos, orientações e muita conversa. Entendemos que todas essas medidas consistiram em um cuidado de suma relevância para a vida dessas pessoas em situação de rua. Como bem afirma Boff (1999, p. 33), “cuidar é mais que um ato; é uma atitude. Portanto abrange mais que um momento de atenção, de zelo e desvelo. Representa uma atitude de ocupação, preocupação, de responsabilização e de envolvimento afetivo com o outro”.

Ao fim do oitavo dia, a intervenção, que não se pautou por uma lógica higienista, foi relatada ao Ministério Público (MP). Foram enfatizadas as necessidades de atenção a cada uma das pessoas em situação de rua, bem como as vulnerabilidades observadas no contexto em que elas viviam. Foi destacado também o sucesso de alguns encaminhamentos realizados. Ademais, tal ação revelou-se uma grande oportunidade para o estabelecimento de diálogos com o poder judiciário do município de Pitangui, enfatizando a importância do resgate das singularidades de cada pessoa. A partir desta interlocução com o MP, foi possível ganhar tempo para que as ações acontecessem a partir das demandas identificadas.

Outros diálogos (entre os serviços, entre os setores e com as pessoas em situação de rua) foram também viabilizados, por meio

dos quais foi possível agir considerando os desafios da promoção da saúde e de outros direitos no território. No cotidiano do trabalho, algumas constatações foram sendo feitas, tais como: as dificuldades e os desafios no acompanhamento das pessoas em situação de rua e a necessidade e a importância das ações intersetoriais para a prática do cuidado no território em situações complexas.

Desafios da experiência

Alguns dificultadores para a produção do cuidado voltado às pessoas em situação de rua podem ser destacados na experiência relatada. Inicialmente, pode-se considerar a rigidez dos protocolos para os encaminhamentos às UBS, já que as pessoas em situação de rua não tinham nenhum endereço, não eram moradoras do município de Pitangui e não possuíam cadastro para atendimento. Diante desta dificuldade, foi necessário realizar uma articulação com a coordenação da Estratégia Saúde da Família (ESF) e definir uma unidade e uma equipe da Atenção Primária à Saúde que pudesse acompanhar as pessoas em situação de rua na cidade.

Outra dificuldade diz respeito à viabilização de atendimentos odontológicos às pessoas em situação de rua, a qual demandou realização de diálogos com a coordenação da saúde bucal, pois era necessário disponibilizar escovas e pastas de dente, além de realizar atendimentos de urgência para aquelas pessoas que apresentavam dores de dente intensas.

Outra dificuldade diz respeito à garantia do acesso adequado ao banho e outros artigos de higiene pessoal. Havia um banheiro, mas o chuveiro estava queimado, embora houvesse aqueles que se atrevessem ao banho frio. Assim, foi preciso buscar a solução junto à equipe de manutenção da Secretaria Municipal de Saúde. Outros parceiros foram mobilizados no município para o fornecimento das toalhas que, por um período, foi feito pela Casa da Amizade, uma organização não governamental. Ainda nesse contexto, em um primeiro momento, a

população de rua assistida precisou fazer uso do sabonete em barra. Houve os que não queriam usar o “de todos”, até conseguirmos o sabonete líquido. Para adquirir roupas limpas, foi promovida uma campanha nas redes sociais. Muitas pessoas conhecidas da região fizeram doações.

A sala de espera do CREAS foi utilizada como espaço de acolhimento noturno, que contava com televisão, disponibilizava café, pão e cobertores. Várias mobilizações aconteceram e foi possível contar com apoios de trabalhadores e setores diversos nesta ação coletiva. Em relação às vivências das equipes do CREAS e do CAPS I, em abordagem conjunta para o apoio às pessoas em situação de rua e com sofrimento mental e uso prejudicial de álcool e outras drogas, foi possível pensar uma política de inclusão e cuidados. Sistematizamos as ações realizadas no Quadro 1.

Quadro 1. Descrição de algumas ações desenvolvidas para as pessoas em situação de rua no município de Pitangui, Minas Gerais

CREAS	CAPS I
Concessão de passagem intermunicipal (Pará de Minas e Martinho Campos).	Realização de abordagem periódica junto à população em situação de rua, garantindo-lhe atendimento multidisciplinar.
Viabilização de segunda via de documentos pessoais, bem como acesso e inclusão no Cadastro Único e em demais programas e benefícios sociais.	Disponibilização de um técnico de Enfermagem para ministrar medicação às pessoas com sofrimento mental, em situação de rua
Acompanhamento especializado e plano individual de acompanhamento.	Fortalecimento de ações de atenção à saúde mental das pessoas em situação de rua, em especial daquelas com transtornos decorrentes do uso de álcool e outras drogas.
Fornecimento de alimentação pelo Restaurante Popular.	Após acolhimento e discussão do caso, inclusão em permanência/dia (PD) para aqueles que precisassem.

Oferta de banheiro para higiene pessoal e kit básico de higiene.	Participação em oficinas.
Auxílio habitacional.	Encaminhamento para leito-crise quando necessário.

Fonte: Registros das discussões de casos feitos nos encontros intersetoriais das equipes do CREAS e do CAPS I no município de Pitangui/MG no ano de 2022.

Além das ações do CREAS e do CAPS I, também foi articulado, em parceria com o SAMU (Serviço de Atendimento Móvel e Urgência) e o G3 RESGATE – Organização voluntária atuante em Pitangui, o transporte de pessoas em situação de rua para o hospital, mediante encaminhamento da equipe de abordagem social, quando identificada a necessidade. Os serviços terceirizados da Prefeitura foram acionados para a inserção dessas pessoas no mercado de trabalho, a partir das discussões de casos.

Por outro lado, em vários momentos da ação intersetorial, o tensionamento surgiu entre o trabalho prescrito e o trabalho vivo, entre o julgamento moral e o cuidado ofertado à população de rua. Por várias vezes, a equipe técnica do CREAS foi solicitada para algum tipo de mediação de conflito e/ou discussão. Além disso, diante das necessidades de ampliação das ações e das limitações das ofertas existentes, foi preciso criar formas de atuação. Desta forma, às vezes, a pracinha da cidade foi utilizada como espaço de sociabilidade, como também para conversas, encontros e produção de novas estratégias de vida.

Desse modo, o trabalho e a convivência foram seguindo. Trabalhamos com as pessoas em situação de rua, com suas potencialidades, na produção de autonomia e, em alguns momentos, utilizamos recursos da política de redução de danos, os quais nos ajudaram a oferecer um cuidado de prevenção de doenças e promoção da saúde, disponibilizando, por exemplo, vacinas, camisinhas e outros itens de modo a assegurar variados recursos para promover

a integralidade do cuidado às pessoas em situação de rua. Anacleto (2011) destaca que

[...] a redução de danos se caracteriza como uma política que considera os direitos humanos de qualquer cidadão, pois tem por finalidade propor estratégias que possibilitem uma inclusão social, uma vida saudável e a quebra da ideia de marginalização de sujeitos que possuem práticas de risco. (Anacleto, 2011, p. 23).

Numa análise da ação intersetorial realizada, pode-se afirmar que foram várias as estratégias na produção do cuidado para as pessoas em situação de rua. Em alguns momentos, novos posicionamentos, flexibilidade e a mobilização da atenção dos colegas para as vivências das pessoas em situação de ruas foram necessários. Importante registrar que, atualmente, no município de Pitangui não contamos com nenhuma pessoa em situação de rua.

Reflexões sobre a experiência

Diante da complexidade dos casos acompanhados e do processo de produção de cuidado para essa população em situação de rua, muitas vezes emergiram questões e reflexões como: o sujeito é de qual política? Quanto a esta relevante indagação, entendemos que não há um sujeito exclusivo da Política Nacional de Saúde Mental (PNSM), outro exclusivo da Política Nacional sobre Drogas (PNAD) e outro da Política Nacional da Assistência Social (PNAS). Sendo assim, na experiência relatada, os operadores das políticas municipais de saúde e do SUAS puderam ampliar seus olhares e sua escuta às pessoas em sofrimento psíquico em situação de rua.

Ademais, foi necessário retomar objetivos e princípios postulados nestas políticas, como a integralidade do cuidado e o desenvolvimento de ações intersetoriais. Na PNAS, por exemplo, entre os princípios organizativos que compõem o SUAS, é salientada a importância da articulação intersetorial com o SUS, por intermédio da rede de serviços no território, de cuidados e de proteções voltada às pessoas que fazem uso prejudicial de álcool e outras drogas e que estão expostas

a diversos tipos de violência associados a vulnerabilidades pessoais e/ou familiares, permitindo a elas acessar o que lhes é de direito e a possibilidade de construção de sua autonomia.

No trabalho de abordagem social no município de Pitangui com as pessoas em situação de rua foi possível avançar na lógica do encaminhamento responsável, construído a partir de possibilidades colocadas no real. Redes de atenção foram sendo produzidas, foi possível integrar e compartilhar o cuidado entre diferentes políticas públicas, entre serviços e equipes do SUAS e do SUS. Foi possível constatar também que não há uma única política detentora de todas as ferramentas para exercer o cuidado ampliado, o qual só pode ser desenvolvido a partir do compartilhamento do trabalho com diferentes componentes da rede, da inventividade dos trabalhadores, dos diálogos com as pessoas atendidas e também com os recursos do território.

Considerações finais

O presente relato destaca a necessidade de se pensar e refletir novos caminhos possíveis em tempos complexos e apresentar propostas que possam inspirar outros serviços territoriais, buscando provocar ponderações e implicações na relação de trabalho e ativar processos de mudança, criação e ampliação de cuidado.

Em resumo, foi possível constatar que, a partir de uma problematização em uma reunião de rede local, foram viabilizados arranjos para o desenvolvimento de ações a partir dos desafios que se apresentaram. Aprendizados ocorreram permanentemente, os encontros intersetoriais oportunizaram a elaboração do vivido e possibilitaram a produção de ações e conhecimentos ancorados no presente, buscando dar visibilidade e estimular respostas aos desafios que se apresentam na contemporaneidade.

A experiência revela uma possibilidade de construção que parte da escuta diferenciada e que considera a importância do protagonismo, do diálogo e da criatividade na transformação das práticas dos

profissionais. O intuito deste relato sobre experiências de intervenção e acolhimento na rua, promovidas de forma intersetorial no município de Pitangui, foi considerar a importância da construção coletiva e territorial.

Por fim, conclui-se presentificando a sensibilidade e a sóbria lucidez dos versos do psicólogo e poeta Marcus Matraga (2018), extraídos do seu poema “De quem será, cuidado?”, que possibilitam a reflexão sobre a importância da corresponsabilização, tanto dos profissionais das várias políticas, quanto das próprias pessoas usuárias dos serviços:

Fico sempre tão impressionado
com o muito muito que se faz
do pouco pouco que é dado.

Do residir assombrado
que germina assim, tão frágil semente
ganhando vulto em solo adubado.

De quem será, do semeador, do semeado?
vivo a pergunta do mérito,
da relação entre os dois, Cuidado.

REFERÊNCIAS

ANACLETO, A. A. A. **Política de Redução de Danos, vulnerabilidade e sexualidade:** a opinião de Psicólogos que atuam na clínica e no Centro de Atenção Psicossocial – CAPS. 2011. Dissertação (Mestrado em Psicologia do Desenvolvimento e Aprendizagem) – Faculdade de Ciências, Universidade Estadual Paulista (UNESP), Bauru, 2011. Disponível em: <http://hdl.handle.net/11449/97521>. Acesso em: 08 out. 2023.

BOFF, L. **Saber Cuidar: Ética do humano – compaixão** pela terra. Petrópolis, RJ: Vozes, 1999.

BRASIL. Casa Civil. **Lei n.º 10.216, de 06 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. Brasília, DF: Presidência da República, 2001. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/leis_2001/l10216.htm. Acesso em: 08 out. 2023.

BRASIL. Casa Civil. Presidência da República. Subchefia para Assuntos Jurídicos. **Decreto n.º 7.053, de 23 de dezembro de 2009.** Institui a Política

Nacional para a População em Situação de Rua e seu Comitê Intersetorial de Acompanhamento e Monitoramento, e dá outras providências. Brasília, DF: Presidência da República, 2009. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2007-2010/2009/decreto/d7053.htm. Acesso em: 08 out. 2023.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA [IBGE]. **Pitangui**. Rio de Janeiro: IBGE, 2022. Disponível em: <https://cidades.ibge.gov.br/brasil/mg/pitangui/panorama>. Acesso em: 30 set. 2023.

MATRAGA, M. De quem será, cuidado? In: MATRAGA, M., **Poesias**. Memorial Matraga, [S.l.: s.n.], 7 fev. 2018. Disponível em: <https://www.memorialmatraga.com.br/de-quem-sera-cuidado>. Acesso em: fev. 2023.

Promoção à saúde mental de adolescentes no retorno às aulas presenciais durante a pandemia de COVID-19: um relato de experiência sobre atuação em Paula Cândido (MG)

Iolanda Cotta Parma

Marcela Alves de Lima Santos

Introdução

Este relato de experiência possui como assunto norteador o sofrimento psíquico de adolescentes no contexto da pandemia da COVID-19. A experiência que será apresentada foi desenvolvida no município de Paula Cândido, em Minas Gerais, pela primeira autora, a qual é psicóloga e atuou no Núcleo Ampliado de Apoio à Saúde da Família e Atenção Básica (NASF-AB) de fevereiro/2017 até agosto/2022. O despertar para essa temática advém da intervenção psicossocial experienciada ao realizar uma atividade do Programa Saúde na Escola (PSE)¹.

Após o início da pandemia da COVID-19, a Organização Mundial de Saúde (OMS) declarou o Estado de Emergência em Saúde Pública de Importância Internacional (ESPII). As medidas de segurança mundialmente adotadas, a fim de controlar o crescente número de infecções e a superlotação dos serviços de saúde, inicialmente foram pautadas no distanciamento social. Os impactos econômicos, sociais e psíquicos eram esperados e trouxeram a necessidade de mudança no modelo assistencial das Redes de Atenção à Saúde (RAS).

¹ Programa oriundo de uma parceria entre os Ministérios da Saúde e Educação, foi instituído em 2007 e possui abrangência nacional (Brasil, 2022b). É uma política de investimento nos cuidados em saúde da população adolescente, no qual se destaca o adolescente e o adolescer como uma oportunidade a esse sujeito ainda em desenvolvimento, desmistificando o caráter problemático do processo.

Ao longo deste trabalho, compreende-se a pandemia da COVID-19 enquanto a vivência de uma situação de emergência em saúde pública (Rodrigues; Carpes; Raffagnato, 2020) que pode trazer impactos para a saúde dos adolescentes no município. A adolescência, mesmo antes da pandemia da COVID-19, é identificada em sua vulnerabilidade psíquica, contudo, a existência de pouca produção científica com esse foco e, paralelamente, poucas intervenções sobre os cuidados em saúde mental desses sujeitos, reforça a invisibilidade que sobre eles recai (Santos *et al.*, 2022).

Pinheiro e Borges (2022) destacam que vários adolescentes tiveram a vida “virada de cabeça para baixo” com provedores que perderam o emprego, familiares que morreram, o afastamento de amigos e mudanças drásticas às quais precisaram se adaptar. Assim, compreende-se que após o início da pandemia, os adolescentes tornaram-se um grupo ainda mais vulnerável e sujeito a adoecimentos psíquicos (Souza *et al.*, 2021).

Para além de sintomas depressivos e ansiosos, Oliveira e colaboradores (2020) discutem que a situação pandêmica também pode provocar irritabilidade e medo sobre a contaminação. As mudanças da puberdade, somadas ao distanciamento social imposto pelas medidas de segurança, levaram os adolescentes a avaliar negativamente seu *status* no grupo e nos relacionamentos interpessoais, uma vez que não é possível estabelecer ou manter efetivamente a relação com os pares.

A impossibilidade da aproximação e a vivência de uma relação mais constante com a família, podem provocar sentimentos de frustração, irritação e tédio por exemplo. Com isso, comportamentos agressivos e de desobediência podem ser desencadeados, além da maior exposição ao ambiente virtual. Outra situação que precisa ser considerada no contexto do distanciamento social são situações de violência doméstica, aumentando o convívio com figuras parentais abusivas.

Nesse contexto, as ações realizadas no PSE envolvem diversos atores em um modelo de intervenção psicossocial e se fazem extremamente necessárias a fim de estabelecer contato com a população adolescente em ações de promoção e prevenção de saúde. Além disso, permite que os profissionais de saúde conheçam a realidade e as demandas que se fazem presentes para este público e, a partir disso, possam construir as intervenções necessárias.

Dessa forma, nesta experiência, buscou-se compreender melhor as consequências da pandemia para esse público e como os adolescentes têm lidado com essa situação. Este relato tem como objetivo descrever as ações desenvolvidas junto aos adolescentes e professores por meio da parceria entre as áreas de saúde e educação no município de Paula Cândido, ao longo do ano de 2022.

Contextualização da experiência

Localizado na Zona da Mata mineira, o município de Paula Cândido possui vasto território rural e estima um total de 9.597 habitantes (IBGE, 2022). A Rede de Atenção Psicossocial é composta por 05 Equipes de Saúde Família (ESF), uma equipe multiprofissional (NASF-AB), um serviço de urgência e emergência 24 horas, assim como o suporte do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU). Possui pactuação microrregional com a rede especializada no município de Viçosa: os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), a rede de consultas especializadas da Psiquiatria do Consórcio Intermunicipal e os leitos de retaguarda em hospital geral.

Na articulação da Rede de Proteção à Infância e a Adolescência, existem o Centro de Referência em Assistência Social (CRAS), que realiza as atividades de convivência e fortalecimento de vínculos; o Conselho Tutelar, parceiro na condução da garantia de direitos; e os dispositivos da Secretaria Municipal de Educação. Observo, porém, que a invisibilidade dessa fase do desenvolvimento ainda é

significativamente marcada por trazer inúmeros desafios à condução do cuidado nos serviços.

O CAPS infantojuvenil, referenciado no município de Viçosa, embora já exista há algum tempo, ainda está estruturando-se em relação à contratação de mão de obra que atenda à demanda e habilitação do serviço, sendo um dos motivos para que seja pouco acessado pelo município de Paula Cândido. Outro fator a ser considerado quando falamos de acesso é a dificuldade dos profissionais em encaminhar os pacientes para esse serviço, visto que não conseguem identificar as demandas desse público, escancarando a invisibilidade do cuidado da criança e do adolescente.

Na rede de educação, o município conta com uma creche municipal, uma escola urbana de ensino fundamental (1º ao 4º ano), uma escola rural de educação infantil e ensino fundamental (1º ao 4º ano), uma escola rural de educação infantil e ensino fundamental (1º ao 9º ano) e uma escola urbana de ensino fundamental (5º ao 9º ano) e médio. Todas as escolas são parceiras do Programa Saúde na Escola e as duas últimas são escolas estaduais. Pelo significativo número de população residente em área rural, o transporte escolar público ofertado a todas as comunidades rurais é extremamente relevante para garantir o acesso dos alunos à educação. O mesmo é, ainda, auxiliar à população rural para demandas de saúde, com autorização previamente solicitada na Secretaria.

A Escola Estadual Professor Samuel João de Deus, cenário deste relato de experiência, está localizada em território urbano, no centro da cidade, e tem aulas nos períodos da manhã, tarde e noite, para um total de 739 alunos com idades entre 10 e 19 anos (Brasil, 2023a). É uma escola de ensino fundamental e médio, sendo a única escola para os alunos cursarem o ensino médio na rede pública, atendendo a um total 319 alunos neste ciclo (Brasil, 2023a).

Foi avaliada como uma escola prioritária pelo Ministério da Saúde, segundo classificação do ciclo 2023/2024 do PSE, o que sugere abarcar

público em situação de vulnerabilidade (Brasil, 2023a). Dentro dos critérios, é possível concluir que pelo menos 50% dos estudantes são contemplados com o programa de transferência direta e condicionada de renda do Governo Federal – Bolsa Família, por possuir renda *per capita* igual ou inferior a R\$218,00 reais (Brasil, 2023b). Esta política pública busca interromper ciclos de pobreza, tendo como público específico famílias em vulnerabilidade socioeconômica. É possível concluir que esta é uma realidade do perfil que compõe significativa parte do quadro de alunos na escola atualmente.

Historicamente, há uma baixa oferta de atividades de lazer e/ou profissionalizantes voltadas para o público adolescente, fato que tem sido pauta de discussão pelos profissionais da administração pública. Os locais mais atrativos para esse público, como academias e clubes, são de iniciativa privada, limitando o acesso de vários sujeitos.

Por ser um município tranquilo e com ruas pouco movimentadas, a brincadeira de rua e o acesso a vizinhos ainda é muito visto nos hábitos da população. Contudo, no contexto da pandemia da COVID-19, além da suspensão das atividades de convívio social como escola, rodas de capoeira e acesso ao ginásio poliesportivo, observamos que essa realidade também se alterou. Muitas famílias viveram o período de distanciamento social em suas casas, mantendo contato através de meios tecnológicos ou com um ciclo de pessoas reduzido, precisando reinventar seus momentos de distração, assim como a rotina familiar.

Em junho de 2022, já com o retorno das aulas presenciais, surge uma demanda da escola Estadual Professor Samuel João de Deus para que os profissionais de saúde realizassem uma conversa com os alunos sobre a temática da ansiedade, uma vez que vinham tendo dificuldades para lidar com as situações que classificaram como “crises de ansiedade”. Quando questionados sobre o que era observado, os profissionais descreviam como episódios de choro compulsivo, tremores e desejo de afastamento social frequentes entre os alunos e que tinham a capacidade de afetar vários adolescentes de uma mesma sala. Esses

comportamentos levavam-nos a se ausentarem e a receberem suporte no pátio da escola, nas salas da equipe pedagógica ou acionar a unidade de saúde de urgência e emergência para atendimento.

Na experiência já vivenciada no serviço da rede de saúde mental, atuando há cinco anos como psicóloga do NASF-AB, foi observado um aumento no número de encaminhamentos do público adolescente para os atendimentos de Psicologia e Psiquiatria após o período do isolamento social e retomada das atividades de vida. Além disso, foram identificadas mudanças nas demandas psicológicas apresentadas pelos adolescentes que procuravam pelo serviço. Os relatos de episódios ansiosos, de automutilação, episódios compulsivos, estresse, desesperança e conflitos familiares tornaram-se mais presentes nas escutas dos profissionais.

A equipe multidisciplinar em saúde, diante da demanda, acordou que os profissionais de Psicologia realizariam a primeira intervenção abordando o tema da ansiedade na adolescência, conforme solicitado pela escola. Posteriormente, o relato sobre o desenvolvimento dessa atividade e a construção dos demais métodos de intervenção seriam levados para discussão em reunião de equipe. Assim, foi combinado com a escola o dia e o horário para realização das atividades nas turmas de 1º, 2º e 3º anos do ensino médio, com o tema sugerido enquanto um norteador.

Em seu texto, Alencar *et al.* (2021) destacam o papel da escola enquanto promotora de saúde, por meio de práticas interdisciplinares e multiprofissionais que possibilitam intervenções nos mais diversos contextos de vida dos estudantes. O processo educativo constrói-se para além do conhecimento científico, contribuindo também na formação de atitudes, valores, desenvolvimento de habilidades socioemocionais e de autoconhecimento dos sujeitos pertencentes à comunidade escolar.

A atividade foi planejada para ser executada em formato de rodas de conversa, em cada turma individualmente, com tempo estimado de

50 minutos, visando a possibilitar uma troca mais direta e a reconhecer as particularidades dos adolescentes. Ainda, foi orientada pela temática da ansiedade, mas aberta à construção conjunta com os alunos. No primeiro momento, foram realizadas atividades com sete turmas, com a condução por um profissional de Psicologia.

Em uma das turmas, considerada pela escola de difícil manejo, uma vez que aconteciam episódios recorrentes de “crises de ansiedade” e de forma coletiva, a condução foi feita por dois profissionais. A opção de mais um profissional para condução foi feita com o objetivo de qualificar a escuta e o acolhimento aos estudantes que eram identificados em uma turma com maior demanda. Então, os profissionais da saúde faziam uma breve apresentação do contexto apresentado pela escola e era indagado aos adolescentes se tinham alguma identificação com a situação descrita, como forma de iniciar o diálogo e buscar a aproximação com a vivência deles.

De forma geral, os profissionais identificaram alunos, em sua maioria, interessados, participativos e atravessados pelas mais diversas demandas: insegurança com o futuro escolar, conflitos familiares, desinteresse e sobrecarga escolar, sobrecarga de atividades (como jornada de trabalho aos finais de semana ou após a escola), conflitos entre pares, falta de correspondência afetiva. Além de adolescentes em sofrimento psíquico, em uso de medicação e acompanhados por algum profissional de saúde.

Uma vez que essa primeira atividade teve uma aceitação positiva, foi solicitada a ampliação da atividade para outras turmas e para o período noturno. No período noturno, pelo menor número de alunos, a atividade foi realizada em conjunto com as quatro turmas existentes, no pátio da escola e, também, no formato de uma roda de conversa. Nesse dia, os profissionais fizeram uma apresentação ampla sobre o tema e abordaram as questões de forma coletiva, uma vez que não seria possível abordar as demandas mais específicas de cada turma.

Foi avaliada uma participação menos expressiva e correlacionada ao perfil de alunos, estes majoritariamente mais velhos, mas que ainda estão cursando o ensino médio, alunos que trabalham ou alunos que não tiveram interesse e/ou disponibilidade em cumprir com o ensino de tempo integral e, desse modo, cumprem com uma carga horária menor e estão menos envolvidos em atividades acadêmicas.

Em paralelo a este primeiro convite, os profissionais da saúde foram convidados a participar de um “café com a Psicologia”. Trata-se de um projeto específico de uma das turmas de 1º ano do ensino médio, que teve a iniciativa de promover esse debate dentro da escola e convidou os profissionais para dialogarem sobre dúvidas. Em uma manhã muito agradável, os profissionais foram recepcionados em um dos pátios da escola com uma grande mesa de café da manhã sob uma árvore e, além dos alunos da turma, havia sido feito na escola um sorteio para que outras turmas tivessem representantes nesse momento.

O diálogo foi livre, sendo iniciado pela professora e alunos, por meio de perguntas e respostas. Alguns alunos se sentiram à vontade para também partilhar experiências pessoais que consideraram causar ou advir de algum sofrimento psicossocial e que estavam impactando no contexto escolar. O ensino médio na escola acontece em tempo integral e foi possível identificar o desagrado em relação ao tempo que ficam na escola, na fala da maioria dos alunos.

Para além do relato de cansaço com a carga horária e significativo número de disciplinas, as turmas de segundo e terceiro ano também se queixavam da dinâmica na qual o tempo integral estava sendo construído. Por exemplo: aulas que não compunham a grade curricular convencional por vezes eram horários vagos ou executavam atividades que consideravam improdutivas, principalmente pelos alunos do terceiro ano que estavam se preparando para o Exame Nacional do Ensino Médio (Enem).

Outro fator relevante que foi possível observar, também ligado à extensa carga horária escolar, é que o tempo em que mais se

relacionavam era o que estavam na escola. Assim, existem várias redes de apoio e amizades ali fortalecidas e as fragilidades dos adolescentes acabavam por aparecer no ambiente escolar. Tal relação com os pares é, notoriamente, um relevante fator de proteção na adolescência e a ausência dessa interação aparece enquanto significativo fator de risco nos estudos de Oliveira *et al.* (2020) e Alencar *et al.* (2021).

Após os momentos na escola, os profissionais que realizaram a atividade discutiram a realidade vivenciada com os demais trabalhadores da equipe, como forma de dar ciência e discutir as possíveis estratégias de intervenção com a perspectiva multiprofissional. Assim, portanto, constrói-se a ideia de realizar a campanha de conscientização voltada para o sofrimento mental de adolescentes, criada a partir da vivência dos próprios alunos e apresentada como estratégia para abordar a campanha do setembro amarelo no município.

Apesar do modelo da campanha ser passível de questionamentos, esta tem ganhado popularidade e os serviços são convidados a participar. Deste modo, foi pensado, enquanto estratégia, dar voz às angústias identificadas nas rodas de conversa, conscientizando a população dos motivos que causam sofrimento em nossos adolescentes. Foi proposta a elaboração pelos alunos e turmas, os quais tivessem interesse, de material informativo sobre o sofrimento mental – cartazes, poemas, desenhos etc.

O material construído foi exposto na feira de saúde que acontece aos sábados, junto à Feira da Agricultura e Economia Solidária de Paula Cândido e, posteriormente, retornou para a escola para que ficasse exposto também para a comunidade escolar, como um mecanismo de conscientização, visando à prevenção e promoção de saúde.

Outras propostas haviam sido pensadas como forma de intervenção psicossocial no ambiente escolar, visando a torná-lo um espaço de proteção ao cuidado em saúde mental dos adolescentes, tais como a revitalização do ambiente onde fora realizado o “café com a Psicologia”, ao ar livre, arborizado e descrito como pouco

utilizado pelos alunos. A partir da alteração deste espaço, propunha-se a mudança do ambiente escolar para um modelo mais acolhedor às demandas dos alunos, uma vez que ali passam significativa parte do dia. As comissões construídas entre os alunos para o desenvolvimento dessas ações estão descritas no quadro abaixo.

Quadro 1. Comissões a serem criadas com representantes das turmas de 1º a 3º ano do Ensino Médio.

Comissões para articulação do cuidado em saúde mental na Escola Estadual Professor Samuel João de Deus	
Comissão 01	Criação/manutenção do espaço físico (construção de bancos, mesa, degraus, identificação).
Comissão 02	Ornamentação e cuidado com o espaço.
Comissão 03	Elaboração de conteúdo e atividades para o espaço e a temática no ambiente escolar.
Comissão 04	Mobilização e conscientização de colegas e funcionários da escola (professores/funcionários apoiadores, fluxo para rede de apoio – saúde e assistência social).

Fonte: Elaborada pelas autoras com registros próprios.

Somada às mudanças no espaço físico, foi pensada a inserção de espaços de discussão contínua para temáticas de interesse dos alunos, além de conscientização por meio de mobilizações dentro da escola com suporte dos profissionais de apoio, da escola e da saúde, se necessário. As ações não tiveram a continuidade prevista após afastamento da primeira autora deste trabalho, que foi convidada a assumir o cargo de Gerente de Atenção Básica no mês de agosto, de modo que não foi possível manter-se diretamente conectada à intervenção.

Apesar deste fato, a equipe do NASF-AB mantém a parceria com a escola e continua realizando intervenções no âmbito psicossocial, de modo a diminuir os prejuízos à saúde mental dos adolescentes. No lugar de gestora, a importância do diálogo com as instituições e com a RAPS é reforçado, assim como a constante construção junto aos

profissionais sobre os diagnósticos e as intervenções de acordo com as demandas emergentes.

Atualmente, a partir do diálogo com os profissionais e na observação das demandas que se fazem presentes na Atenção Básica e no setor de urgência emergência, assim como as ações do PSE já solicitadas em 2023 na referida escola, observa-se uma diminuição das urgências em saúde mental dos adolescentes.

Foi discutido pelos profissionais que, além da vida dos adolescentes ter sido novamente preenchida com a rotina, atividades de convívio social e identificação com os pares, as intervenções na escola reforçam e estreitam a relação com os profissionais da saúde mental enquanto um suporte, quando necessário. Além disso, tornou a demanda da saúde mental possível de ser conduzida e menos carregada de preconceitos dentro da escola, a partir do momento em que a temática foi amplamente discutida nesse ambiente.

Principais aprendizados

É preciso reconhecer os adolescentes como parte integrante de grupos sociais e devemos direcionar um cuidado frente às consequências dos vários fatores de risco aos quais foram expostos na pandemia. Esses sujeitos são mais vulneráveis às ansiedades decorrentes da pandemia e, também, à ocorrência de situações de violência quando em maior contato com figuras parentais abusivas. Além disso, foram afastados de instituições e locais onde sentem-se acolhidos e protegidos, devido à imposição do isolamento social como medida de segurança.

A partir da experiência relatada, fica evidente a importância da escola enquanto espaço de formação para além do ensino pedagógico, mas também como importante lugar de identificação e construção da identidade dos adolescentes, do contato com os pares, com figuras de referência e da construção de um estilo de vida saudável. O isolamento social, ao romper com essas vivências, tornou os adolescentes mais

sujeitos a manifestações de sofrimento mental, conforme destacado nos estudos encontrados para a produção deste trabalho.

Ainda não é possível precisar quais serão as consequências para a saúde mental desses sujeitos impactados a médio e longo prazos. Porém, a curto prazo, já é possível identificá-las e é necessário construir intervenções de forma mais breve possível. As ações de prevenção e promoção de saúde, como as desenvolvidas nas ações pactuadas no Programa Saúde na Escola, tornam-se fundamentais para aproximar os profissionais desse público e identificar as demandas e necessidades individuais e coletivas.

As equipes multidisciplinares em saúde, em parceria com as escolas, potencializam a capacidade de ofertar ações de promoção à saúde mental dos adolescentes, grupo que historicamente é colocado em segundo plano pela sociedade e pelo governo, fato que não foi diferente no período pandêmico. Quando pensamos em crianças e adolescentes de baixa renda, o acesso a serviços é ainda mais escasso e devemos atentar-nos a este fato.

Considerações finais

A pandemia da COVID-19, iniciada ao final de 2019 na China, e com significativos impactos no Brasil a partir de 2020, teve o distanciamento social e a quarentena como principais meios adotados para frear sua disseminação no mundo inteiro. Medidas consideradas necessárias para a manutenção da saúde física, apesar dos poucos estudos existentes sobre as suas repercussões no campo da saúde mental de crianças e adolescentes, já têm impactos observados. As alterações descritas neste relato de experiência são corroboradas com estudos existentes que destacam a prevalência de repercussões emocionais negativas, como por exemplo medo, ansiedade, estresse, insegurança e alteração nas relações interpessoais.

Frente a uma emergência de saúde pública, a saúde mental ganha destaque enquanto campo de atuação para minimizar os efeitos

esperados para tal ocorrência. A necessidade de ações coordenadas e profissionais capacitados para atuar frente à situação de crise são de extrema importância para a realização de avaliações e ações efetivas. As ações como as do PSE mostram-se importantes e eficazes como método de diagnóstico e intervenção.

Na experiência relatada, foi observado como sendo de grande importância o fato de acolher a demanda dos profissionais da educação, mas não ter trabalhado exclusivamente no formato solicitado. A proposta foi construída de acordo com as demandas dos adolescentes, público-alvo da intervenção, flexibilizando o diálogo de acordo com suas necessidades. A decisão da equipe de conduzir a solicitação dessa forma deu-se pela compreensão da necessidade de construir a interlocução diretamente com o público-alvo, os adolescentes.

Outro ponto relevante é a troca realizada com outros profissionais da equipe, mesmo tendo apenas os profissionais da Psicologia participando diretamente com os alunos. A construção multiprofissional permitiu a elaboração de um processo de trabalho com olhar em saúde ampliado, uma vez que viabilizou a troca de teorias e práticas diferentes na construção das intervenções.

Contudo, cabe considerar que, após a saída de uma das profissionais que conduzia o projeto de intervenção para assumir a gestão da equipe, o projeto estagnou e não teve a continuidade das ações inicialmente planejadas. Desse modo, avalia-se que se mais profissionais estivessem envolvidos na execução da intervenção as chances de continuidade e aplicabilidade, mesmo diante de possíveis intercorrências, seriam maiores.

Por fim, é possível destacar que, embora essas várias situações tenham sido observadas no ambiente escolar, a partir da intervenção e da discussão multiprofissional, não foi feita uma relação direta entre as demandas de saúde mental e o ambiente escolar. A despeito das turmas de 2º e 3º anos terem relatado alguma preocupação com o desempenho escolar, tais preocupações eram atravessadas por

questões sociais como: a necessidade de conciliar tempo de estudo em tempo integral e trabalho ou serviços domésticos nas horas vagas; além destas não serem as turmas com maior prevalência dos episódios considerados ansiosos.

Fica evidente a forma como os atravessamentos sociais fazem-se presentes na vida dos estudantes e como a escola é um local de proteção, onde eles sentem-se seguros para expor seus sentimentos, que por vezes não são expostos no ambiente familiar. Assim sendo, é necessário voltar o olhar para esses sujeitos e pensar estratégias de promoção e prevenção à saúde, além de proteção social.

REFERÊNCIAS

- ALENCAR, Ana Carolina Inácio de et al. Ciranda entre Educação e Saúde: Aspectos da Saúde Mental do Adolescente em Contexto Escolar em Tempos de Pandemia. **Saúde Coletiva**, v.11, n. COVID, p. 7007-7012, 2021.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Primária à Saúde. OFÍCIO CIRCULAR Nº 16/2022/DEPROS/SAPS/MS. **Adesão, Monitoramento e Avaliação do Programa Saúde na Escola Ciclo 2023/2024**. Brasília, 25 de novembro de 2022a.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Primária à Saúde. OFÍCIO Nº 157/2022/DEPROS/SAPS/MS. **Informações sobre o Ciclo 2023/2024 do Programa Saúde na Escola (PSE)**. Brasília, 27 de dezembro de 2022b.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Extrato de escolas e equipes pactuadas PSE ciclo 2023-2024**. Brasília, 2023a. Disponível em: <https://sisaps.saude.gov.br/pse/termo/id/e23e46056151350cebccdd50d7419f84>. Acesso em: 16 abr. 2023
- BRASIL. Medida **Provisória nº 1.164, de 2 de março de 2023**. Institui o Programa Bolsa Família e altera a Lei nº 8.742, de 7 de dezembro de 1993, que dispõe sobre a organização da Assistência Social, e a Lei nº 10.820, de 17 de dezembro de 2003, que dispõe sobre a autorização para desconto em folha de pagamento. Brasília, 2023b. Disponível em: <https://www.in.gov.br/en/web/dou/-/medida-provisoria-n-1.164-de-2-de-marco-de-2023-467449434> Acesso em: 29 abr. 2023.
- IBGE, Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Cidades e estados**. Disponível em: <https://cidades.ibge.gov.br/brasil/mg/paula-candido/panorama>. Acesso em: 08 mai. 2023.
- OLIVEIRA, Wanderlei Abadio et al. A saúde do adolescente em tempos da COVID-19: scoping review. **Cad. Saúde Pública**, v. 36, n. 8, e00150020, 2020.
- PINHEIRO, Lia; BORGES, Ernane Rodrigo Rijo. Pandemia e pós-pandemia: o cuidar e a escuta do adolescente. **ACiS**, São Paulo, v. 10, n. 2, p. 68-77, 2022.

RODRIGUES, Karina Furtado; CARPES, Mariana Montez; RAFFAGNATO, Carolina Gomes. Preparação e resposta a desastres do Brasil na pandemia da COVID-19. **Revista de Administração Pública**, Rio de Janeiro, v. 54, n. 4, p. 614-634, jul.–ago. 2020

SANTOS, Jamile Mendes da Silva *et al.* Repercussões da pandemia da Covid-19 para adolescentes em vulnerabilidade social. **REVISA**. v. 11, n. 2, p. 182-186, 2022.

SOUZA, Thaís Thaler *et al.* Saúde Mental de crianças e adolescentes na atenção primária durante a pandemia de COVID 19: um relato de experiência. **REFACS (on-line)**, v .9, n. supl. 2, p. 832-842, jul./set. 2021.

Possibilidades de abordagem do sofrimento e adoecimento: algumas questões para o Matriciamento em Saúde Mental

Luzmarina Morelo

Fé na vida, fé no homem, fé no que virá, nós podemos tudo, nós podemos mais, vamos lá fazer o que será!
(Gonzaguinha, 1984)

Este texto parte da minha experiência enquanto psiquiatra atuando na Atenção Primária à Saúde (APS) em uma grande cidade, Belo Horizonte (BH), e das reflexões que esta experiência provoca. É ponto de partida, também, a crença no homem para fazer o que ainda não existe.

Belo Horizonte tem uma Rede de Atenção à Saúde (RAS), do Sistema Único de Saúde (SUS), que vem sendo implementada desde a década de 1990 e tem uma tradição inequívoca de práticas em Saúde Mental baseadas nas políticas e princípios do SUS e da Reforma Psiquiátrica, preconizando o cuidado que respeita a cidadania, a autonomia e a participação social. Na RAS de Belo Horizonte, as reuniões de apoio matricial acontecem regularmente com as Equipes de Saúde da Atenção Primária (APS), ou seja, a Equipe de Saúde da Família (ESF), e a Equipe de Saúde Mental do território, com os representantes dos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), que em BH se denominam Centros de Referência em Saúde Mental (CERSAM).

Propomos pensar o matriciamento como estratégia para implementação de uma mudança em relação ao cuidado em Saúde Mental, de um cuidado de especialidades para um cuidado ampliado, em conformidade com as Políticas da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) e de Educação Permanente. Poderia o matriciamento viabilizar a investigação e a arguição do adoecimento, enquanto inserção em

um discurso generalizado e que aliena? Poderia o matriciamento proporcionar o deslocamento das equipes para possibilitar o surgimento de um discurso singular?

Saúde Mental na Atenção Primária, Território e Clínica Ampliada

A implementação de práticas de cuidado em saúde requer uma atenção constante com a educação permanente. O matriciamento pode ser uma estratégia privilegiada para a delimitação dos entraves, mas também das possibilidades, contribuindo para a elaboração de condições para um cuidado integral.

Conforme o Guia Prático de Matriciamento em Saúde Mental (Brasil, 2011), a proposta de cuidado integral viabiliza-se através do compartilhamento dos vários saberes pelas equipes da Atenção Primária e da Saúde Mental, facilitando o aprendizado e novas proposições ampliadas de cuidado. Tem a intenção de criar condições de diálogo entre as equipes, ultrapassando a lógica hierárquica dos especialistas e dos encaminhamentos burocratizados, limitados por protocolos e que não consideram as complexidades do adoecimento e do sofrimento mental.

A importância da Atenção Primária na construção do cuidado em Saúde Mental.

O SUS preconiza que a Atenção Primária coordena o cuidado em saúde, considerando a importância das características do território sobre as condições de saúde e de adoecimento (Brasil, 2012). As condições de moradia, o que uma comunidade considera um valor e o que é desvalorizado por ela, os comércios, as escolas, as igrejas, as manifestações culturais, o transporte público, tudo isso faz parte do que se entende como território vivo. É neste território vivo, através da APS, que se organiza e se viabiliza o cuidado em saúde.

Na Saúde Mental, a Declaração de Caracas (1990), que se segue à Declaração de Alma Ata (1978) e à Carta de Ottawa (1986), apontaram que o hospital agrava o adoecimento e o sofrimento. Propuseram, então, o cuidado em saúde mental prioritariamente na Atenção Primária de base territorial.

Pode-se pensar um pouco além, no território enquanto uma experiência de linguagem. Esse território da língua materna. Como escreve o poeta português Fernando Pessoa (2016): “Minha pátria é a língua portuguesa” (p. 216). Desta maneira, a experiência de cada pessoa com a linguagem, sua maneira de construir seus relatos, é também um território.

Clínica Ampliada, uma aposta na heterogeneidade humana

“Facilitaria se os prontuários dos pacientes da Saúde Mental fossem sinalizados”, disse um trabalhador da Unidade Básica de Saúde (UBS) tentando fazer uma proposta para, segundo ele, agilizar o reconhecimento dos pacientes da saúde mental. A segregação era a marca das práticas manicomiais, as quais ainda existem apesar de todo o processo de implementação do cuidado em liberdade nas últimas décadas. Como mudar essa lógica?

O desafio que se apresenta pode ser delimitado na fala corriqueira nos serviços de saúde: “o paciente é da Psiquiatria” e, por isso, exige um conhecimento especializado. Em que medida as RAS/RAPS funcionam a reboque do diagnóstico da doença e do uso de medicamentos e, portanto, desse lugar da Psiquiatria, da especialidade?

A ideia comum de que Saúde Mental é, predominantemente, uma questão da Psiquiatria evidencia que o modelo biomédico, baseado em uso de psicofármacos está, ainda, muito presente. Ao discutir-se um caso numa reunião de matriciamento, em que medida acreditamos em outras possibilidades de abordagem? Como se avalia o engajamento de alguém em seu próprio tratamento? “Recusou a medicação” é uma expressão que aparece com frequência como um sinal de recusa ao

tratamento. Ainda, na ordem inversa, “não aderiu ao tratamento” é uma frase habitual quando alguém recusa a medicação. Que lugar tem a medicação no cuidado em Saúde Mental? O que está no centro da atenção: a pessoa, o sujeito ou uma suposta doença?

O matriciamento pode ser uma estratégia para a mudança em direção a saberes que se constroem, intersecções, interdisciplinaridades? Tais saberes, diferentemente dos especialismos, são tributários dos movimentos de discutir, pensar e elaborar entre diversos campos e profissões. Possibilitam formulações e desenham alternativas de cuidado fora das prescrições das especialidades.

Na clínica ampliada, Campos (2013) propõe a integralidade do cuidado. O movimento inaugural para uma clínica ampliada, segundo Basaglia (1985), é a mudança do enfoque da doença em direção ao doente, à pessoa que sofre. A ênfase deve flexionar da doença para o sujeito que se apresenta com seu modo de viver, de sofrer e adoecer. Ao privilegiar o sujeito, o desafio será aceitar as soluções que cada um encontra para viver. Não tem modelo pronto, não tem padrão nem prescrição. É um movimento que se desloca do ideal de normalização ou normalidade e de cura, direcionando-se para a valorização das diferenças, considerando a heterogeneidade que a experiência com as pessoas nos permite perceber.

Da pressa em diagnosticar à escuta para o cuidado

Conforme a Organização Mundial de Saúde (OMS) há uma grande demanda relacionada ao sofrimento mental na atualidade.

Em 2019, quase um bilhão de pessoas – incluindo 14% dos adolescentes do mundo – viviam com um transtorno mental. Os transtornos mentais são a principal causa de incapacidade, causando um em cada seis anos vividos com incapacidade. Pessoas com condições graves de saúde mental morrem em média 10 a 20 anos mais cedo do que a população em geral, principalmente devido a doenças físicas evitáveis (OMS, 2019, *on-line*).

A APS é a porta privilegiada do sistema de saúde, é a mais acessível e mais próxima das comunidades e da existência das pessoas. É na APS que grande parte das queixas e demandas vão se apresentar. Assim, é importante que as equipes da Estratégia da Saúde da Família (ESF) tenham condição de acolher e abordar essas pessoas, indicando as intervenções iniciais e localizando as ações a serem desenvolvidas para a construção de redes de cuidado quando for o caso.

Pode ser perturbadora essa chegada expressiva de sofrimentos, muitos deles com roupagens diferentes e inusitadas, outros nem tanto. A primeira coisa a considerar é que uma queixa, uma apresentação sintomática, é na maioria das vezes um sintoma do mal-estar daquele sujeito (Freud, 2010). É um sujeito que sofre. A roupagem desse sofrimento será mais contemporânea ou mais tradicional, dependendo da geração de pertencimento do sujeito. A tendência dos profissionais de saúde é de buscar por um diagnóstico como algo concreto. Os profissionais sentem-se tranquilos, quase felizes, quando fazem um diagnóstico. As pessoas que recebem um diagnóstico também se tranquilizam inicialmente. Tem-se a ilusão de estar diante das explicações para o sofrimento vivenciado. Não se percebe como é um movimento circular. O diagnóstico explicaria o sofrimento e o sofrimento justificaria o diagnóstico. Para Safatle (2018), a suposta patologia mental seria tributária de seu tempo histórico.

Recentemente, chegou à UBS uma senhora, já na casa dos setenta anos, com crises de ansiedade intensas e com diagnóstico de Transtorno de Ansiedade Generalizado – TAG. Apesar do uso de medicações, não apresentara melhora dos sintomas. Foi solicitado que ela contasse sobre como e quando começaram os sintomas. Uma solicitação simples, mas importante. Ela vai descrevendo e dando-se conta do seu próprio sentimento. Há alguns meses adoecera com uma infecção e estava sozinha em casa quando teve um desmaio. Desde então tem muito medo de passar mal enquanto estiver sozinha, apesar de os filhos morarem perto. A conduta em favor do diagnóstico teria

sido uma intervenção na medicação. Ao invés disso, foi incentivado que ela falasse um pouco mais sobre o que lhe acontecia e depois, com sua anuência, a filha foi chamada e incluída para se pensar ações com intuito de amenizar essa insegurança junto a ela.

Para abordar o que há de sofrimento em cada um é necessário suspender a maneira de reagir a uma apresentação sintomática e às queixas com um diagnóstico pronto e rápido. Essa suspensão propicia as condições para que se descortine a dinâmica que levou aquela pessoa a se apresentar daquela maneira. Sem este tempo, o que se precipita é um fechamento (da singularidade) no movimento circular, sem saída proposta pelas classificações. Para Safatle (2018), a “desconstituição da aparência de naturalidade de tais patologias pode reconduzir o sofrimento à condição de matriz produtora de singularidades” (p. 11). Ou seja, saindo do diagnóstico enquanto algo “da natureza do ser”, encontramos possibilidades de produzir um sujeito com seu modo singular de viver as experiências a partir da força motriz do sofrimento.

Em algumas situações as alegações de falta de tempo para avaliar, escutar e discutir só fazem piorar a situação. Será uma demanda que retornará mais vezes à UBS. Na pressa por resolver, através de um suposto diagnóstico e medicações, contribui-se para um problema ainda mais renitente.

O matriciamento pode ser um intervalo necessário para avaliação de uma situação que seria nomeada dentro de uma classificação, reduzindo o sofrimento ou o adoecimento a uma questão supostamente biológica. Com o matriciamento, pode-se aprender a dar tempo, a fazer outras perguntas sobre o que está acontecendo, a não se apressar. Pode-se escutar versões dos Agentes Comunitários de Saúde (ACS), dos Técnicos de Enfermagem, dos Assistentes Sociais e outros. Esse tempo e as versões que são apresentadas vão fazer toda diferença nas saídas que podem ser produzidas, bem como na possibilidade de surgimento de um lugar de escuta e de assunção do singular.

Construção de discursos: da uniformidade aos múltiplos lugares

Pode o matriciamento contribuir para a elaboração de projetos terapêuticos ampliados que considerem a complexidade do sofrimento, do adoecimento mental, e as diferenças de respostas de cada um? Pode contribuir para o singular das respostas?

Nos discursos sobre o sofrimento da atualidade, há preponderância do Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais – DSM (American Psychiatric Association, 2014) na formação dos profissionais de saúde e de outras áreas do conhecimento. Observa-se a incidência dessas classificações nas escolas fundamentais, as quais solicitam cada vez mais diagnósticos e medicamentos para as crianças. Percebe-se, ainda, os adolescentes silenciados pelos excessos de imagens, pelas mídias e seus influenciadores, apresentando novas identificações a serem mimetizadas em grupos de comportamentos de anorexia e automutilações.

Como os diagnósticos incidem na vida das pessoas?

Dizer – Maria é “psicótica” ou tem “TAB” não esclarece nada. Tal discurso, ainda, coloca várias barreiras tanto para saber mais sobre Maria, quanto para encontrar alternativas para lidar com seu sofrimento. Dizer “essa criança tem TDHA”, pode ajudar ou pode criar barreiras para essa criança? “Fulano é bipolar”, “a criança é autista”, “esse jovem tem fobia social” são enunciações presentes também nas reuniões de apoio matricial. Como o matriciamento pode contribuir para encontrar outras respostas que considerem as pessoas, os sujeitos, os cidadãos?

Em um processo de matriciamento é primordial que se fale da vida e da maneira peculiar com que uma pessoa se expressa. É mediante a linguagem que se expressa e se elabora os acontecimentos, os afetos, e uma realidade delinea-se. O desprezo pelo que diz uma pessoa em favor de imagens e diagnósticos, os quais são apresentados como uma

solução, empobrece a experiência da existência humana e limita as possibilidades de deslizamento em direção à elaboração de conflitos, das experiências de sofrimentos, dos adoecimentos e das dores de existir.

Nas reuniões de matriciamento a discussão gira em torno de encaminhamentos? Tal diagnóstico vai para o NASF ou para o CERSAM/CAPS? Ou deveria ir para o psiquiatra? Como propiciar a ultrapassagem da barreira das enunciações? O que seria a barreira da enunciação?

Uma senhora que havia passado por vários tratamentos psiquiátricos durante sua vida esclareceu o que é uma enunciação. Contou ter um longo percurso de tratamentos e que a Psiquiatria havia mudado muito e, portanto, ela recebeu vários diagnósticos durante sua vida. Mas, o que sentia era a mesma coisa, só os nomes haviam mudado. Essa senhora havia entendido que a enunciação vem do Social, das classificações, dos compêndios, que isso muda de acordo com a época e com os interesses, quase sempre furtivos e não explicitados, nestas classificações.

É cada vez mais comum que as pessoas cheguem na APS com um rótulo que leu na internet, ou foi dado por outro profissional, ou pode ser que um conhecido falou. Se ainda não tem um rótulo é também muito comum que os profissionais se apressem para dar um enquadramento nas classificações vigentes. Esta classificação é apresentada como um fato para a pessoa que, acreditando nos saberes instituídos, aceita esse rótulo.

Fazemos aqui uma observação: um diagnóstico é necessário para acessar benefícios, direitos, justificar dificuldades para o trabalho. O diagnóstico faz parte de uma inserção nos discursos legais, administrativos e outros. Nesse sentido, está no discurso social e deve ser usado quando necessário. A discussão que trazemos aqui é de outra ordem.

Se prestarmos atenção às consequências dessas classificações iremos encontrar inúmeros exemplos em que o rótulo, bem como a

medicação que vem junto deste, pioraram a situação e a vida das pessoas. O que acontece quando uma pessoa recebe um diagnóstico? Primeiro, há a dificuldade para se criar uma possibilidade de um enunciado do sujeito, ou seja, um desprezo pela elaboração do sujeito sobre seu modo próprio de sofrer. Com isso há fixação e imobilização do sujeito, levando ao que se tem convencionado chamar de refratariedade. A suposta refratariedade leva ao aumento de medicação, trocas e associação de medicações e até terapias invasivas como medidas privilegiadas de abordagem. Se não há melhora com essas medidas, propõem-se diagnósticos de maior gravidade, uma vez que o sujeito não respondeu ao medicamento prescrito.

Reconhecer que existem experiências e momentos de vida de intenso sofrimento é diferente de dar um diagnóstico, um rótulo. Reconhecer que alguns sofrimentos precisam de moderação pelo uso de medicação é diferente de cristalizar um diagnóstico, impossibilitando alternativas fora da lógica de medicamentos.

Como um rótulo incide sobre o paciente, a pessoa, imobilizando a vida?

Uma jovem senhora, há seis anos, após um diagnóstico de síndrome do pânico, não conseguia sair de casa, trabalhar, sair com os amigos. Tão agarrada estava a esta enunciação que dizia que ia ao atendimento na UBS para pegar a receita, não tinha nada para dizer. A insistência por saber um pouco mais sobre o que ela sentia sempre esbarrava em respostas monossilábicas. Mas, seu benefício previdenciário estava sendo questionado e isto foi a deixa para que ela aceitasse falar um pouco mais do seu trabalho anterior e de como se deu seu adoecimento. Trabalhava como trocadora de ônibus e havia sido assaltada muitas vezes sem maiores consequências. Até que ela sofre um assalto em que os assaltantes “não pareciam assaltantes”, ela disse. Depois deste assalto ela não conseguia mais sair porque já não

sabia distinguir o risco pela “aparência” das pessoas. Localizado seu medo, o trabalho de falar e elaborar iniciou-se com seis anos de atraso.

Homem casado, pai, desempregado, procura a UBS. Estava sendo tratado há quase um ano por psiquiatra em clínica privada. A cada consulta ele saía com mais medicamentos e só piorava, até que o psiquiatra mudou o diagnóstico porque ele não apresentava melhora. Em grande desespero só via uma saída que era se matar. Após quase um ano, o suposto tratamento com medicamentos e diagnósticos colocara-o sem saída. Nenhuma escuta, nenhum espaço para elaboração, nenhum cuidado com o que ele dizia, nenhuma possibilidade de um enunciado próprio. Diagnósticos e medicamentos deixando-o em um beco sem saída.

Saindo dos casos clínicos e pesquisando os dados gerais relativos aos tratamentos baseados em medicações, o que encontramos? Existem hoje muitos trabalhos de pesquisa, revisões, análises e avaliações sobre as práticas de medicalização implementadas nas últimas décadas com o argumento de tratamento de alterações bioquímicas ou neuromoleculares. É fundamental acessar essas publicações se queremos aprofundar esta temática.

No livro *Anatomia de uma Epidemia*, Whitaker (2017) faz uma extensa pesquisa em documentos médicos nas principais bibliotecas médicas universitárias dos Estados Unidos da América. Ele demonstra que em cinquenta anos houve uma mudança de discurso sobre as doenças mentais, com redução do fenômeno a supostas alterações de duas substâncias neurotransmissores: dopamina e serotonina. O autor interroga como pôde a comunidade científica acreditar que fenômenos tão complexos como os afetos, os sentimentos, pudessem ser explicados por uma concepção tão reducionista. A consequência dessa mudança foi a medicalização massiva, com o aumento estrondoso de invalidez, piora de prognóstico para adultos e crianças diagnosticados pelos critérios vigentes. A promessa de uma vida melhor com os

psicotrópicos não se cumpriu e ainda tem aumentado a cronicidade, diminuindo a autonomia e limitado as vidas.

O pesquisador da Chocrane¹, Gotzsche (2016), no livro *Medicamentos Mortais e Crime Organizado*, analisa como a indústria farmacêutica ignora, manipula e esconde dados dos riscos e da ineficácia do uso de medicamentos, inclusive dos psicofármacos. Apresenta vários exemplos dessas manipulações de dados de suicídios após o uso de antidepressivos, dentre outros exemplos.

Na publicação da Fiocruz, *Medicalização em Psiquiatria*, Freitas e Amarante (2015), discutem esse processo a partir de referências culturais, políticas e econômicas. Fazem uma análise do fenômeno da medicalização, cada vez mais presente para as mais diversas manifestações das experiências da vida: a patologização para a medicalização. O Ministério da Saúde (Chiaverini, 2019), frente a esta conjuntura, mediante o Comitê Nacional para promoção do uso racional de medicamentos, apresenta recomendações e estratégias para o enfrentamento da medicalização da vida.

Estes são exemplos, dentre outros, de publicações e pesquisas que problematizam o uso de psicofármacos como proposta de tratamento a partir das classificações atuais. Demonstram os malefícios do uso prolongado, que incide com a piora da evolução e da qualidade de vida das pessoas medicalizadas. Apontam os riscos e a ausência de dados consistentes para o uso indiscriminado de psicofármacos, com o consequente aumento da cronificação.

¹ A Colaboração Cochrane é uma organização internacional que tem por objetivo ajudar as pessoas a tomar decisões baseadas em informações de boa qualidade na área da saúde. É uma organização sem fins lucrativos e sem fontes de financiamento internacionais. Possui grupo diretor (Steering Group), com sede em Oxford, Reino Unido. A missão da Colaboração Cochrane é preparar, manter e assegurar o acesso a revisões sistemáticas sobre os efeitos das intervenções em Saúde.

Um pouco mais de ousadia: vamos lá fazer o que será

O processo de matriciamento não é sem tensionamentos. No cotidiano das UBS, os excessos de atendimentos, as realidades de precariedades diversas que se apresentam com as pessoas em atendimento (sociais, culturais, advindas da pobreza), e também as condições de trabalho das equipes são justificativas para a dificuldade de se colocar em prática as reuniões de matriciamento e a lógica da clínica ampliada.

As questões da atualidade incidem sobre o modo de viver, com menosprezo à capacidade de cada um falar sobre o que sente, delegando aos compêndios de classificação um saber alheio. A pressão por calar os sintomas sem dar o devido valor ao que ele pode estar apontando, a busca por soluções rápidas, às pressões das mídias sociais em relação a uma vida feliz, tudo isso nos faz pensar que o tempo do matriciamento é um tempo perdido. “Discute-se demais e não resolve nada”, dizem alguns profissionais. A pressa por um diagnóstico que ofusca a capacidade de construção de uma clínica ampliada.

Propomos que o matriciamento seja exatamente esse tempo perdido, em que se pode falar sobre a vida, suas mazelas e tristezas, mas também as maravilhas de encontros e possibilidades. Um tempo perdido em relação à dinâmica utilitarista da existência atual, na qual os profissionais da saúde também se encontram submetidos, muitas vezes sem se dar conta, ainda que sintam e vivam os efeitos desta, inclusive em sofrimentos e adoecimentos que experimentam. Como cantou o poeta Belchior (1978), inspirado pelo poeta Olavo Bilac:

Ora direis, ouvir estrelas,
certo perdestes o censo
E eu vos direi, no entanto
Enquanto houver espaço,
corpo, tempo e algum
Modo de dizer não, eu canto.

Propomos que esse tempo perdido é necessário para que outro discurso possa aparecer. A construção de possibilidades que serão sempre únicas. Esse é um movimento dialético. Um movimento que não é possível em solidão, mas em parceria. Mais que isso, com uma inversão dos lugares. O sujeito/cidadão é que vai ocupar a posição de quem ensina às equipes sobre seu processo de cuidado. Da enunciação do Social com as nomeações que engessam, consolidam e cronificam modos de sofrimento em direção ao enunciado de cada um, com as particularidades e as experiências singularizadas. Da pressa por um suposto diagnóstico à atenção pelo que cada um diz. Da doença ao sujeito. Da cronicidade aos riscos necessários à vida.

Nesse tempo perdido, pode-se sair do automatismo e do conforto de classificações e diagnósticos prontos, os quais aprisionam, para a caminhada em direção ao desconhecido, em direção a um saber a ser inventado em parcerias de cuidado. Mais do que centrado na pessoa, é um saber tecido a partir do que cada pessoa diz de si, de seus sofrimentos, com sua maneira peculiar de narrar sua história, sua língua, seus enunciados.

REFERÊNCIAS

AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. **Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais: DSM-5**. 5. ed. Porto Alegre: Artmed, 2014.

BASAGLIA, F. (coord.). **A instituição negada**. Rio de Janeiro: Graal, 1985.

BELCHIOR, A. C. [intérprete]. **Divina Comédia Humana**. Rio de janeiro: Warner Music, 1978. 1 CD, faixa 1, 5:26 min.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política Nacional de Atenção Básica**. Brasília: Ministério da Saúde, 2012. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_atencao_basica_2006.pdf. Acesso em: 28 dez. 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Departamento de Assistência Farmacêutica e Insumos Estratégicos. **Uso de Medicamentos e Medicalização da Vida: recomendações e estratégias**. [recurso eletrônico]. Brasília: Ministério da Saúde, 2018. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/medicamentos_medicalizacao_recomendacoes_estrategia_1ed.pdf. Acesso em: 28 dez. 2023.

CAMPOS, G. W. S. A clínica do sujeito: por uma Clínica Reformulada e Ampliada. In: CAMPOS, G. W. S (org.). **Saúde Paideia**. 4ª Ed. São Paulo: Hucitec, 2013.

CHIAVERINI, D. H. (org.). **Guia prático de matriciamento em saúde mental**. Brasília, Distrito Federal: Ministério da Saúde, Centro de Estudo e Pesquisa em Saúde Coletiva, 2011. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/guia_pratico_matriciamento_saudeamental.pdf. Acesso em: 28 dez. 2023.

CONFERÊNCIA INTERNACIONAL SOBRE CUIDADOS PRIMÁRIOS DE SAÚDE, 1978, Alma-Ata. Declaração de Alma-Ata. In: BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Projeto Promoção da Saúde. **As cartas da promoção da saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2002. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cartas_promocao.pdf. Acesso em: 28 dez. 2023.

CONFERÊNCIA INTERNACIONAL SOBRE PROMOÇÃO DA SAÚDE, 1., 1986, Ottawa. Carta de Ottawa. In: BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Projeto Promoção da Saúde. **As cartas da promoção da saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2002. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cartas_promocao.pdf. Acesso em: 28 dez. 2023.

FREITAS, F; AMARANTE, P. **Medicalização em Psiquiatria**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2015

FREUD, S. **O mal-estar na civilização**. São Paulo: Companhia das Letras, 2010.

GONZAGUINHA [intérprete]. **Nunca pare de sonhar (sementes do amanhã)**. Rio de Janeiro: EMI-ODEON Brasil, 1984, LP, faixa 9, 3:49 min.

GOTZSCHE, P. **Medicamentos Mortais e Crime Organizado**: como a indústria farmacêutica corrompeu a assistência médica. Porto Alegre: Bookman, 2016.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **OMS destaca necessidade urgente de transformar saúde mental e atenção**. Organização Pan-Americana da Saúde, 17 jun. 2022. Não paginado. Disponível em: <https://www.paho.org/pt/noticias/17-6-2022-oms-destaca-necessidade-urgente-transformar-saude-mental-e-atencao>. Acesso em: 28 dez. 2023.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE (OMS). ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DE SAÚDE (OPAS). **Declaração de Caracas**. Reestruturação da Atenção Psiquiátrica na América Latina no Contexto dos Sistemas Locais de Saúde (SILOS) [Internet]. Caracas; 1990 Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/declaracao_caracas.pdf. Acesso em: 28 dez. 2023.

PESSOA, F. **Livro do desassossego**. São Paulo: Mediafashion, 2016.

SAFATLE, V. Em direção a um novo modelo de crítica: as possibilidades de recuperação contemporânea do conceito de patologia social. In: SAFATLE, V.; SILVA-JUNIOR, N.; DUNKER, C. **Patologias do Social: arqueologia do sofrimento psíquico** Belo Horizonte: Autêntica, 2018.

WHITAKER, R. **Anatomia de uma epidemia**: pílulas mágicas, drogas psiquiátricas e o aumento assombroso da doença mental. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2017.

Acolhimento como potencialidade em saúde mental em municípios de pequeno porte

Patrícia Adriana Rosa da Silva

Daniela de Melo Gomes

Alessandra Rios de Faria

Introdução

Este texto apresenta reflexões acerca do acolhimento como importante e decisivo fator para o trabalho em saúde mental na Atenção Primária à Saúde (APS) em municípios com menos de oito mil habitantes. Tomo como ponto de partida as minhas experiências, práticas e questionamentos enquanto psicóloga atuando há nove anos na APS de dois municípios de pequeno porte, localizados na Zona da Mata Mineira.

Em ambos os municípios, os sujeitos com alguma demanda voltada para a saúde mental eram acompanhados nos serviços existentes no território. No município 01, de menor população, o sujeito em crise era referenciado à equipe da Unidade Básica de Saúde (UBS) e, se necessário, encaminhado para o CAPS de um município vizinho. No município 01 não havia hospital. A UBS dispunha de equipe com médico clínico, dentista, nutricionista, fonoaudióloga e psicóloga, esta a primeira autora deste texto. O médico não estava todos os dias no serviço. Quando era necessário um cuidado concentrado em saúde mental, o sujeito era direcionado ao CAPS referenciado e as reuniões de matriciamento ocorriam mensalmente entre este e a primeira autora. A rede contava ainda com o Centro de Referência da Assistência Social (CRAS) e a Associação de Pais e Amigos dos Excepcionais (APAE).

No município 02, com cerca de três mil habitantes a mais que o primeiro, as situações de crise eram referenciadas aos profissionais

de saúde mental da APS. Em casos em que a crise não se estabilizava, tentava-se um leito no hospital psiquiátrico de referência em Belo Horizonte. Este município possuía uma rede mais ampla, a qual contava com duas psicólogas, uma enfermeira especialista em saúde mental, um psiquiatra, uma assistente social, uma terapeuta ocupacional, uma nutricionista, uma fonoaudióloga e a coordenadora. Ainda, contava com mais recursos financeiros e profissionais, proporcionando que a APS funcionasse de forma mais abrangente. Algumas ações eram custeadas por recurso próprio do município. Também havia o leito de retaguarda em hospital geral particular, no qual a assistência psicológica e psiquiátrica era prestada por profissionais da APS, pois não havia estes profissionais no hospital.

Em territórios com baixo volume de dispositivos, como é o caso de municípios de pequeno porte, o manejo das situações de crise é bastante singular. Conforme vemos em publicação do Centro Educacional Novas Abordagens Terapêuticas [CENAT] (2017), crise é uma palavra que significa em sua origem mudança, risco e oportunidade. Acolher a experiência da crise na APS é um desafio para as equipes e exige disposição e inventividade.

Desafios não faltavam e nem sempre as experiências foram exitosas. Em alguns momentos, o cansaço tomava conta de todos nós, profissionais da equipe. A ausência no território de alguns dispositivos preconizados pela Portaria n.º 3.088, de 23 de dezembro de 2011¹ (Brasil, 2011), a qual institui a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), colocamos, enquanto APS, num lugar de criação de estratégias a todo tempo. Sim, o trabalho em saúde mental sempre vai requerer construção, aposta, invenção. Ademais, dispor dos dispositivos nem sempre é ter assistência adequada. Com esta afirmação queremos destacar, em nossa percepção, a necessidade de contar com outros serviços

¹ Institui a Rede de Atenção Psicossocial para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS).

de atenção à saúde mental para compartilhar nossas inquietações e desafios quando os nossos recursos já não são mais suficientes. Para pensarmos juntos estratégias e possibilidades para acolhimento e acompanhamento dos casos em crise.

Nestes municípios não havia os dispositivos específicos para o cuidado de determinadas questões em saúde mental, porém, ainda assim, nós profissionais da APS fazíamos o possível para auxiliar o usuário e seus familiares. Éramos os profissionais disponíveis e a ausência de dispositivos não deveria ser impedimento para ações de cuidado possíveis em cada situação. No contexto relatado, o acolhimento ia mostrando sua potência. Fazíamos até sem perceber. Escutávamos pessoas próximas ao sujeito em crise e os profissionais para pensar/criar possibilidades de cuidado, afinal, o sujeito estava ali. Necessitava de cuidado em saúde mental e nós éramos os profissionais disponíveis. Todos os profissionais da equipe acolhiam, não restringindo o cuidado às duas profissionais especialistas em saúde mental.

O cuidado em saúde mental na APS deve ser promovido por todos os profissionais presentes a partir do acolhimento, quando se passa a conhecer a realidade de cada sujeito. É necessário que o profissional conheça o que é oferecido em seu território como ferramenta de cuidado, para que assim possa decidir, junto ao usuário, o que melhor se adequa ao seu caso. Não se faz necessária especialização em Saúde Mental para que se faça uma escuta que de fato esteja interessada no que o usuário está dizendo. É imprescindível que o foco da atenção seja o desenvolvimento de habilidades como autocuidado, autonomia, resiliência e bem-estar (CENAT, 2017).

O acolhimento aparece como a primeira das cinco diretrizes centrais elencadas pela Política Nacional de Humanização [PNH] (Brasil, 2004) para orientar as ações das equipes de saúde. Ele

não tem local nem hora certa para acontecer, nem um profissional específico para fazê-lo: faz parte de todos os encontros do serviço de saúde. O acolhimento é uma postura ética que implica na escuta do usuário em suas queixas, no reconhecimento do

seu protagonismo no processo de saúde e adoecimento, e na responsabilização pela resolução, com ativação de redes de compartilhamento de saberes. Acolher é um compromisso de resposta às necessidades dos cidadãos que procuram os serviços de saúde (Brasil, 2008, *on-line*).

O acolhimento é considerado, portanto, um ato de cuidado e, a partir deste, é possível produzir reflexões e novas formas de cuidado em saúde para cada indivíduo. Ele dá-se na relação entre o profissional de saúde e o usuário do serviço ali presente. O cuidado parte da relação entre profissional e usuário, numa forma de construção conjunta e respeitosa. É importante ressaltar que a dinâmica da construção do cuidado passa pelo movimento da vida cotidiana de cada usuário, portanto, o acolhimento deve ser um exercício constante.

Como a APS é a porta de entrada preferencial do SUS e tem como um de seus princípios a produção de uma atenção integral, longitudinal e que impacte na vida das pessoas, sempre considerando o território, os determinantes e condicionantes sociais da saúde, acolher é uma tarefa cotidiana.

O trabalho na APS também se orienta pelos princípios da universalidade, da acessibilidade, do vínculo, da continuidade do cuidado, da integralidade da atenção, da responsabilização, da humanização, da equidade e da participação social (Brasil, 2012). Princípios estes que direcionam o cuidado de forma respeitosa e sem preconceitos, considerando o sujeito como um ser integral. Em síntese, é mediante os profissionais da APS que se inicia e se mantém o cuidado no SUS ao longo do tempo.

Uma reflexão que trazemos a partir de nossa experiência é que se o acolhimento estiver fortalecido e sendo realizado por todos os trabalhadores da APS, conseguiremos ser mais assertivos na construção do cuidado para com o sujeito. Além disso, proporcionaremos um espaço de escuta interessada para o sujeito e familiares trazendo, assim, um espaço de confiança para os mesmos.

Desenvolvimento

Para que um município seja contemplado por dispositivos específicos da RAPS, é necessário o cumprimento de alguns critérios. Entre eles está um número mínimo de habitantes², o que irá direcionar quais dispositivos o município poderá contemplar. O cuidado começa preferencialmente pela APS e deve sempre passar por ela, uma vez que esta é responsável pelas famílias do seu território de abrangência. O cuidado no território é determinante, passando a ser a equipe multidisciplinar o recurso utilizado em primeiro plano para o cuidado (CENAT, 2017). Para além da APS, a Política Nacional de Saúde Mental entendeu que, para prescindir do manicômio, seria necessária uma diversidade de dispositivos que ajudassem a sustentar o cuidado em liberdade às pessoas em situação de rua, como o Consultório na Rua; às pessoas em situação de crise, como os CAPS; às pessoas egressas de longas internações psiquiátricas, como os Serviços Residenciais Terapêuticos; dentre outros dispositivos mencionados nas legislações. Entretanto, como dissemos anteriormente, conforme o tamanho populacional do município, essa diversidade de equipamentos não estará presente no território, sendo necessário regionalizar o serviço, pactuar, negociar, acompanhar.

Retomando nosso debate sobre o cuidado em saúde mental na APS, entendemos que é preciso um olhar respeitoso com o sujeito que ali se apresenta, levando-se em consideração sua subjetividade e todas as dimensões que isso inclui. Está no ato de o profissional se importar e considerar o usuário. Facilitar o acesso ao serviço do qual o sujeito necessita também se mostra como forma de cuidado. Importante salientar que o ato de cuidar vai além de consultas clínicas e medicamentos. Ele está no ato de ampliar o olhar sobre o sujeito,

² Ponto de corte em revisão pelo Ministério, em conjunto com o Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS) e o Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde (CONASEMS) (Brasil, 2022).

considerando todas as suas vivências e meios em que está inserido e, a partir daí, ir tecendo a rede necessária para a atenção ao mesmo. O tratamento em saúde mental parte da lógica do cuidado. A RAPS traz diretrizes de cuidado com o intuito de diminuir os riscos de vulnerabilidade para o sujeito.

“Toda ação que promove enfrentamento, acolhimento, desabafo, suporte, resiliência e autoestima é terapêutica para o paciente, do ponto de vista emocional” (Chiaverini *et al.*, 2011, p. 210). Considerando o que é trazido e pensando nas possibilidades e desafios da prática diária de profissionais que atuam sem outros equipamentos da RAPS, penso o acolhimento como importante e decisiva ferramenta. Ele permite o funcionamento na lógica da humanização do serviço, proporcionando o distanciamento do modelo manicomial e higienista. O Ministério da Saúde enfatiza a importância e o papel decisivo do acolhimento:

O acolhimento realizado nas unidades de Saúde é um dispositivo para a formação de vínculo e a prática de cuidado entre o profissional e o usuário. Em uma primeira conversa, por meio do acolhimento, a equipe da unidade de Saúde já pode oferecer um espaço de escuta a usuários e a famílias, de modo que eles se sintam seguros e tranquilos para expressar suas aflições, dúvidas e angústias, sabendo então que a UBS está disponível para acolher, acompanhar e se o caso exigir, cuidar de forma compartilhada com outros serviços (Brasil, 2012, p. 24).

O cuidado em saúde mental na APS dá-se através de visitas domiciliares, grupos operativos, salas de espera, atendimento compartilhado entre os profissionais e outras formas de cuidado construídas com e para o sujeito, considerando-o como ser integral e singular (Brasil, 2013).

Nas reuniões de matriciamento³, a equipe reúne-se para a construção do plano de cuidado do/para/com o sujeito, através do

³ “Matriciamento ou apoio matricial é um modo de produzir saúde em que duas ou mais equipes, num processo de construção compartilhada, criam uma proposta de intervenção pedagógico-terapêutica” (Chiaverini *et al.*, 2011, p. 13).

Projeto Terapêutico Singular (PTS). Nele, cada caso é trazido e pensado de forma individualizada, respeitando as limitações e potencialidades de cada sujeito que ali se apresenta. O PTS só se torna possível através da escuta interessada de cada caso, de cada demanda trazida pelo profissional que acolhe. A construção do cuidado vai configurando-se a cada movimento em prol do sujeito e moldando-se a partir de cada demanda trazida.

O acolhimento dá-se através do que chamo de uma escuta interessada, ou seja, considerar a fala do usuário, entendendo que a partir desta o cuidado se inicia. A demonstração de interesse pelo que é dito, a valorização do discurso, define o direcionamento do cuidado. Escuta interessada vem como sinônimo de empatia e respeito ao usuário. É respeitar que o sujeito é o protagonista de sua própria história e quem melhor sabe e pode dizer sobre ela. É desafiador sair deste lugar de fala e de respostas prontas para o lugar de escuta, consideração, interesse. Por isso, torna-se necessário o exercício diário.

As práticas em Saúde Mental adotadas pela RAPS são orientadas por uma lógica: “práticas que produzem acolhimento, vínculos sociais e atenção aos comprometimentos de saúde. Adotam a redução de danos, a atenção psicossocial e o cuidado como lógica de atenção” (Machado; Modena; Luz, 2020, p. 1). Sendo assim, o cuidado é direcionado para o que se torna possível em cada caso, a partir de uma construção com e para o sujeito.

Segundo Lussi, Pereira e Pereira-Júnior (2006), Saraceno (1996) indica que o profissional/cuidador deve desenvolver ações que possibilitem o aumento de habilidades do sujeito, tendo em vista a reinserção do indivíduo na sociedade após episódio de crise. Evidencia-se a necessidade do olhar individual para cada sujeito, analisando desafios e potencialidades, tendo em vista, principalmente, o respeito à sua autonomia.

A partir do conceito de acolhimento trazido pela PNH, entende-se que este deve ser realizado já no momento em que se chega ao

serviço, pelo profissional do SUS que ali estiver, independentemente de sua função. Portanto, o acolhimento passa a ser um modo de funcionamento dos servidores, uma atitude e não um protocolo. O acolhimento, realizado por meio de uma escuta interessada e respeitosa, em que o sujeito e familiares possam se sentir à vontade e sem julgamentos, faz-se decisivo para o processo de vinculação e adesão ao serviço. Estes momentos são compreendidos como uma relação contínua no tempo, pessoal, intransferível e calorosa (Brasil, 2009a).

O sujeito que necessita de atenção em saúde mental, ao chegar à Unidade de Saúde, deve ser acolhido da mesma forma que usuários com outras demandas em saúde. Aqui, vale um destaque: triar e acolher são processos diferentes.

Triagem é uma separação, escolha, seleção, ou seja, um funcionário da unidade ouve a queixa do paciente e seleciona para qual profissional da unidade ele irá encaminhá-lo enquanto acolhimento é a humanização dos serviços de saúde. Acolher é dar acolhida, admitir, aceitar, dar ouvidos, dar crédito a agasalhar, receber, atender, admitir. O acolhimento como ato ou efeito de acolher expressa, em suas várias definições, uma ação de aproximação, um “estar com” e um “estar perto de”, ou seja, uma atitude de inclusão (Brasil, 2009b, *on-line*).

Não se faz necessário conhecimento específico na área para acolher quem chega. Desmistificar e naturalizar as práticas de cuidado humanizado com o outro faz com que não reproduzamos, enquanto profissionais, a forma de (des)assistência manicomial, em que o tratamento reduzia o sujeito aos sintomas e não considerava todas as dimensões de seu ser. Os serviços de saúde precisam considerar os sujeitos e suas singularidades, contextos de vida, formas de sofrimento e adoecimento (Campos, 2006).

Segundo o guia prático de Matriciamento em Saúde de Mental, publicado pelo Centro de Estudo e Pesquisa em Saúde Coletiva do Ministério da Saúde (Chiaverini *et al.*, 2011), algumas ações podem ser realizadas por todos os profissionais da Atenção Básica, nos mais

diversos dispositivos de cuidado, como: proporcionar ao usuário um momento para pensar/refletir; exercer boa comunicação; exercitar a habilidade da empatia; lembrar-se de escutar o que o usuário precisa dizer; acolher o usuário e suas queixas emocionais como legítimas; oferecer suporte na medida certa, medida esta que não torne o usuário dependente e nem gere no profissional uma sobrecarga; e reconhecer os modelos de entendimento do usuário.

O estabelecimento de mecanismos que assegurem acessibilidade e acolhimento pressupõe uma lógica de organização e funcionamento do serviço de saúde que parte do princípio de que a unidade de saúde deve receber e ouvir todas as pessoas que procuram os seus serviços, de modo universal e sem diferenciações excludentes. O serviço de saúde deve se organizar para assumir a função central de acolher, escutar e oferecer uma resposta positiva capaz de resolver problemas de saúde e/ou de minorar danos e sofrimentos, ou ainda se responsabilizar com a resposta, ainda que ela seja ofertada em outros pontos de atenção da rede. A proximidade e a capacidade de acolhimento, vinculação e responsabilização são fundamentais para a efetivação da atenção básica como contato e porta de entrada preferencial da rede de atenção (Brasil, 2015, p. 18).

Partindo de todas as observações trazidas até o momento, torna-se extremamente importante discutirmos e observarmos a nossa postura enquanto profissionais. Observar como enxergamos o cuidado e o que consideramos sucesso em um caso é primordial para que consigamos acolher de forma efetiva. Trabalhar na área de saúde é estar nos dois lugares: hora enquanto profissional, hora enquanto usuário do serviço. Estou recebendo o usuário da mesma forma que eu gostaria de ser recebido por um profissional da APS?

Em minhas conversas com as equipes sobre o acolhimento ao usuário do serviço de saúde mental, muitos profissionais relatam desconforto e receio em relação à eficácia de sua intervenção. O medo por vezes norteia a relação entre profissional e usuário, o que dificulta a prática do acolhimento. Colocar-se no lugar do outro, respeitando sem julgamentos o que ele traz, escutando e interessando-se pelo que é dito, é o primeiro passo para que o acolhimento se dê de forma mais

assertiva. Se me posiciono enquanto profissional pautado apenas pelo ideal de cura, empobreço toda a individualidade e o caminhar do caso.

Um ponto que percebo como importante e desafiador até o momento é o fato de que, em cidades de pequeno porte, os profissionais e usuários relacionam-se pessoalmente em seu dia a dia, o que se torna um desafio para o acolhimento. Separar o pessoal e profissional precisa ser um exercício diário. Por vezes, enchemos de pré-conceitos e oferecemos não uma escuta interessada, mas uma solução pronta, pautada no saber prévio em relação ao outro. O PTS não se operacionaliza se quem buscar o serviço de saúde não for considerado.

Outro desafio que identifico diz respeito ao financiamento da APS, atualmente regulado pela Portaria n.º 2.979, de 12 de novembro de 2019 (Brasil, 2019), que passa a valorizar pagamento por desempenho, capitação ponderada, incentivo para ações estratégicas e incentivo financeiro com base em critério populacional. Essa exigência em produzir, aumentar números para aumentar o custeio, pode levar-nos a mecanizar o serviço. É preciso resistir a esta lógica e insistir na construção e sustentação das políticas públicas a partir das necessidades das pessoas e do território.

Os municípios nos quais atuo ainda possuem outro desafio: grande extensão territorial, sendo sua maior parte rural, com grandes distâncias. A Agente Comunitária de Saúde (ACS) é muito importante neste processo de acolhimento, atuando com a escuta atenta para identificar as demandas das famílias. Devido à distância entre as localidades rurais e até mesmo entre as casas numa mesma localidade, as visitas domiciliares são realizadas, em sua maioria, uma vez ao mês e, com isso, faz-se necessária uma escuta atenciosa para que ali consigam verificar as demandas daquela família.

Sem o acolhimento, o processo do cuidado torna-se mais desafiador. Não podemos pensar no cuidado do/para o outro sem escutá-lo. Através do acolhimento, entende-se o território no qual o

sujeito se sente pertencente, seus desafios e potencialidades. Esta compreensão norteia nossa construção do cuidado no território.

Considerando isso, compartilho abaixo algumas construções feitas para ofertar o cuidado em saúde mental nos municípios:

1. Os encaminhamentos são direcionados à equipe de saúde mental e não aos psicólogos. Assim, conseguimos matricular os casos, direcionando-os aos profissionais aptos para o cuidado. Vale ressaltar que, neste município, todos da APS fazem parte da equipe de saúde mental, não apenas especialistas na área. Em caso de crise, geralmente o sujeito tem o primeiro contato com a psicóloga e/ou enfermeira especialista, mas permanece o olhar para o cuidado descentralizado;

2. Grupos operativos focados em fortalecimento dos usuários de saúde mental no sentido de se enxergarem como sujeitos e não apenas reduzidos à lógica do adoecimento psíquico. Neste espaço de trocas, possibilita-se o exercício de potencialidades, independente da condição ou gravidade dos sintomas. Reforçamos ainda o respeito à subjetividade de cada um. Nós profissionais colocamo-nos nestes grupos apenas como facilitadores, pois consideramos que o grupo se dá a partir das vivências e trocas de todos ali presentes;

3. A capacitação/treino da escuta e acolhimento através da Educação Permanente é oferecida aos profissionais atuantes na APS. Também é proporcionada a escuta entre a própria equipe. Principalmente os Agentes Comunitários de Saúde vêm tendo mais clareza, a partir destas capacitações, na hora de orientar o paciente sobre qual serviço buscar a partir de sua demanda;

4. Incentivo às consultas, pelos profissionais, aos Cadernos da Atenção Básica, os quais trazem o embasamento para nossa prática;

5. Reuniões de apoio matricial com os profissionais da APS envolvidos em cada caso, fazendo, assim, com que o trabalho seja realizado de forma articulada e, novamente, descentralizada. Essas trocas entre profissionais também acontecem fora do ambiente de matriciamento, a partir da necessidade de cada um. Enfatiza-se que

todos os profissionais de saúde são considerados no cuidado para com o sujeito com questões em saúde mental;

6. Reuniões com outros setores, como o Serviço de Assistência Social, a Educação e outros que se façam necessários para dialogarmos (matriciarmos) sobre casos que precisam do cuidado em rede.

Portanto, tais construções compreendem que

A saúde mental na atenção primária envolve mais do que o cuidado aos transtornos mentais. Saúde mental envolve a construção de modelos de cuidado integrals, que abordam o paciente, sua família e comunidade como um todo, e de vínculos entre profissionais e pacientes que sejam realmente uma parceria, ampliando as possibilidades de desenvolvimento de autonomia, resiliência, autoestima e autocuidado e cidadania. Envolve o apoio e o cuidado ao sofrimento emocional da população, seja qual for a sua intensidade e a prioridade clínica no momento, dentro dos contextos de vida de cada um (Fortes, 2013, p. 89).

Considerações finais

Aprendi, a partir das minhas experiências, observações e angústias durante estes anos, que os desafios são grandes potencializadores de ideias e movimento. Que saúde mental na APS e movimento são palavras singulares – movimento no sentido da amplitude do território, na partilha de saberes entre profissionais (sem distinção de funções ou separação por diplomas) e sujeitos que buscam um cuidado ali. Que precisamos, para estar neste lugar de cuidado, mais do que um saber técnico e protocolos. Que precisamos, ainda, nos distanciarmos de julgamentos sobre o usuário e também sobre nossos colegas de trabalho. Precisamos estar dispostos a olhar para o usuário de forma respeitosa.

Os desafios, por vezes, paralisam-nos diante de algumas situações e, por isso, é tão importante contarmos uns com os outros, enquanto profissionais, para juntos construirmos de forma mais leve (ou menos pesada) o cuidado com o outro. Embasada pela prática e apoiada pela pesquisa, concluo que o acolhimento é uma atitude que proporciona

melhor direcionamento do cuidado. Considerando a realidade de municípios de pequeno porte, ele é determinante para se pensar junto à equipe, aos familiares e aos usuários as melhores alternativas para o cuidado, considerando o que é possível no território e a realidade de cada sujeito.

Concluo ainda que, para atuar na APS, é primordial o treino da escuta e a disponibilidade para estar com o usuário, pois, para que haja adesão ao serviço, o usuário precisa sentir-se seguro e respeitado em suas vivências. Entendo ainda que o estudo sobre as práticas do cuidado faz-se necessário, a fim de direcionar as situações de forma mais assertiva. Os desafios entre a equipe precisam ser compartilhados para buscarem soluções. Ficou evidente nas conversas com os colegas que cada território tem suas particularidades e cada profissional, principalmente o ACS, aponta potencialidades e desafios diferentes. Há de se unir enquanto equipe para que se adapte da melhor forma a literatura da prática.

REFERÊNCIAS

BRASIL. Ministério da Saúde. Biblioteca Virtual em Saúde da Atenção Primária à Saúde. Núcleo de Telessaúde Rio Grande do Sul. **Qual a diferença entre triagem e acolhimento?** São Paulo: Programa Nacional Telessaúde Brasil Redes, 20 jul. 2009b. Disponível em: <https://aps-repo.bvs.br/aps/qual-a-diferenca-entre-triagem-e-acolhimento/>. Acesso em: 28 dez. 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. Biblioteca Virtual em Saúde da Atenção Primária à Saúde. **Acolhimento**. São Paulo: Programa Nacional Telessaúde Brasil Redes, nov. 2008. Disponível em: <https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/dicas/16acolhimento.html>. Acesso em: 28 dez. 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria n.º 2.979, de 12 de novembro de 2019**. Institui o Programa Previne Brasil, que estabelece novo modelo de financiamento de custeio da Atenção Primária à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde, por meio da alteração da Portaria de Consolidação nº 6/GM/MS, de 28 de setembro de 2017. Brasília: Gabinete do Ministério da Saúde, 2019. Disponível em: <https://www.in.gov.br/en/web/dou/-/portaria-n-2.979-de-12-de-novembro-de-2019-227652180>. Acesso em: 28 dez. 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria n.º 3.088, de 23 de dezembro de 2011**. Instituiu a Rede de Atenção Psicossocial para pessoas com sofrimento ou transtorno mental, incluindo aquelas com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília: Gabinete

do Ministério da Saúde, 2011. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt3088_23_12_2011_rep.html. Acesso em: 28 dez. 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde Departamento de Atenção Básica. **Saúde Mental: Cadernos de Atenção Básica**, n.º 34. Brasília: Ministério da Saúde, 2013. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cadernos_atencao_basica_34_saude_mental.pdf. Acesso em: 28 dez. 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Manual instrutivo do PMAQ para as Equipes de Atenção Básica (Saúde da Família, Saúde Bucal e Equipes Parametrizadas) e NASF**. 2. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2015. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual_instrutivo_pmaq_atencao_basica.pdf. Acesso em: 28 dez. 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política Nacional de Atenção Básica**. Brasília: Ministério da Saúde, 2012. Disponível em: <http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/geral/pnab.pdf>. Acesso em: 8 jan. 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão do SUS. **O HumanizaSUS na atenção básica**. Série B, Textos Básicos de Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2009a. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/humaniza_sus_atencao_basica.pdf. Acesso em: 28 dez. 2023

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Primária à Saúde. Departamento de Ações Programáticas. Instrutivo Técnico da Rede de Atenção Psicossocial (Raps) no Sistema Único de Saúde (SUS) [recurso eletrônico]. Brasília: Ministério da Saúde, 2022. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/instrutivo_tecnico_raps_sus.pdf. Acesso em: 28 dez. 2023

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. **HumanizaSUS - Política Nacional de Humanização: a humanização como eixo norteador das práticas de atenção e gestão em todas as instâncias do SUS**. Brasília: Ministério da Saúde, 2004. 20p. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/humanizasus_2004.pdf. Acesso em: 28 dez. 2023.

CAMPOS, G. W. S. Clínica e Saúde Coletiva compartilhadas: Teoria Paidéia e Reformulação Ampliada do Trabalho em saúde. In: CAMPOS, G. W. S.; MINAYO, M. C. S.; AKERMAN, M.; DRUMOND-JÚNIOR, M.; CARVALHO, Y. M. (org.). **Tratado de Saúde Coletiva**. Rio de Janeiro: Hucitec-Fiocruz, 2006.

CENTRO EDUCACIONAL NOVAS ABORDAGENS TERAPÊUTICAS. **A Saúde Mental na Atenção Básica: por uma saúde inclusiva e de qualidade para todos**. E-book. Disponível em: https://d335luupugsy2.cloudfront.net/cms/files/52581/1550516313Ebook_-_A_sade_mental_na_ateno_basica.pdf. Acesso em: 4 jan. 2023.

CHIAVERINI, D. H. (org.). **Guia prático de matriciamento em saúde mental**. Brasília, Distrito Federal: Ministério da Saúde, Centro de Estudo e Pesquisa em Saúde Coletiva, 2011. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/guia_pratico_matriciamento_saudeamental.pdf. Acesso em: 28 dez. 2023.

FORTES, S. Saúde mental na atenção primária: matriciamento e a supervisão clínica institucional. *In*: Nunes-Filho, A (org.). **Supervisão em Saúde Mental**. Belo Horizonte: ESP-MG Editora; 2013. p. 86-99.

LUSSI, I. A. O.; PEREIRA, M. A. O.; PEREIRA-JÚNIOR, A. A proposta de reabilitação psicossocial de Saraceno: um modelo de auto-organização?. **Revista Latino-Americana de Enfermagem [on-line]**, v. 14, n. 3, p. 448-56, 2006.

MACHADO, A. R.; MODENA, C. M.; LUZ, Z. M. P. Das proposições da política às práticas dos serviços: há novidades nos centros de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas? **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, v. 30, n. 1, p. e300118, 2020.

Atendimento à crise de saúde mental na Atenção Básica: relato de experiência a partir do trabalho em um município do interior de Minas Gerais

Viviane Maria de Sousa Assunção

Isabella Cristina Barral Faria Lima

Introdução

A Atenção Básica é o primeiro nível de atendimento em saúde para a população e é a principal porta de entrada no Sistema Único de Saúde (SUS), devendo ser coordenadora do cuidado e ordenadora das ações e serviços disponibilizados nas Redes de Atenção à Saúde (Brasil, 2017)¹. Conforme o Ministério da Saúde, a Atenção Básica é um

conjunto de ações de saúde individuais, familiares e coletivas que envolvem promoção, prevenção, proteção, diagnóstico, tratamento, reabilitação, redução de danos, cuidados paliativos e vigilância em saúde, desenvolvida por meio de práticas de cuidado integrado e gestão qualificada, realizada com equipe multiprofissional e dirigida à população em território definido, sobre as quais as equipes assumem responsabilidade sanitária (Brasil, 2017, art. 2).

No campo da saúde mental, a Atenção Básica desempenha um papel fundamental, pois, sendo parte da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), também é sua responsabilidade o acolhimento e o cuidado integral e contínuo de pessoas em situação de sofrimento mental, incluindo os sofrimentos decorrentes do uso de álcool e outras drogas. Ainda, atua na identificação e no compartilhamento do cuidado nos casos que necessitam de atenção especializada em saúde mental, os quais são também referenciados a outros dispositivos da RAPS.

¹ Conforme o Ministério da Saúde, podemos compreender como equivalentes os termos Atenção Básica e Atenção Primária à Saúde (Brasil, 2017).

A integração entre os serviços da Atenção Básica e os serviços especializados da atenção psicossocial, todos eles componentes da RAPS, é essencial para garantir um atendimento efetivo e de qualidade às pessoas que necessitam de cuidados. Porém, é importante mencionar que em cidades com população abaixo de 15 mil habitantes é comum que os dispositivos especializados, como os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) ², não estejam disponíveis no próprio município. Nesses casos, por meio de pactuação, os usuários dos serviços podem ser referenciados para um CAPS de um município vizinho e, ao mesmo tempo, continuarem com o acompanhamento pela Atenção Básica. Tais situações, ainda hoje, representam um grande desafio para profissionais da Atenção Básica, pois precisam lidar com muitos usuários e famílias e nem sempre podem contar com recursos especializados.

De acordo com Moliner e Lopes (2013), é justamente a articulação do cuidado entre os serviços da Atenção Básica e os serviços especializados da atenção psicossocial um dos grandes desafios enfrentados pelos profissionais que estão na Atenção Básica. Segundo essas autoras, por meio da Estratégia Saúde da Família (ESF), a Atenção Básica vem sendo compreendida como um campo de práticas e produção de novos modos de cuidado em saúde mental. Nesse sentido, é um espaço para o acolhimento de demandas diversas, incluindo as crises de saúde mental.

De acordo com Campos Souza (2014), a crise, por ser “a justificativa e a via de entrada no sistema manicomial” (p. 161), é um desafio para a Reforma Psiquiátrica, que almeja tratar em liberdade a pessoa em situação de sofrimento mental, se propondo ainda a reestabelecer os laços sociais. O desafio dá-se justamente porque

² De acordo com o Ministério da Saúde (2011), os CAPS I atendem pessoas de todas as faixas etárias que apresentam prioritariamente intenso sofrimento psíquico decorrente de transtornos mentais graves e persistentes, incluindo aqueles relacionados ao uso de substâncias psicoativas e outras situações clínicas que impossibilitem estabelecer laços sociais e realizar projetos de vida. Esses serviços são indicados para municípios ou regiões de saúde com população acima de quinze mil habitantes.

tais questões não eram pensadas no modelo manicomial, de maneira que uma das transformações necessárias é, por exemplo, a produção de intervenções em espaços que não sejam o hospital psiquiátrico (Campos Souza, 2012, 2014).

Conforme o Ministério da Saúde (*apud* Campos Souza, 2014), é possível que pensemos a crise como uma urgência complexa e multifatorial, que seria definida como situação “que necessita de cuidados agudos” (p. 165). As situações de crise passam a ser percebidas de forma mais explícita após a Reforma Psiquiátrica, já que a proposta do cuidado em liberdade retira as pessoas da situação de isolamento e descaso. Para Campos Souza (2012),

este desafio não é somente uma *prioridade* estratégica, mas funciona como um analisador dos processos de reforma psiquiátrica. Analisa a sua amplitude e capacidade de resposta ao sofrimento mental, num sentido quantitativo e a sua consistência política em termos de capacidade de desinstitucionalização (p. 97).

Dessa forma, compreendemos que o atendimento à crise é fundamental para a sustentação do cuidado psicossocial na perspectiva da desinstitucionalização, ao possibilitar a efetivação do cuidado em liberdade. Essa prática de atenção à crise configura um novo modelo de cuidado comunitário, que considera a singularidade de cada sujeito. Nesse sentido, as intervenções são realizadas no território, desenvolvidas junto com usuários, a partir da avaliação de cada caso, priorizando a inclusão, o vínculo, a história de vida e os contextos sociais. Portanto, a atenção à crise não deve se limitar a classificar, rotular ou diagnosticar o usuário, mas acolhê-lo, humanizá-lo e escutá-lo como sujeito.

Acolher a crise significa ouvir a história do sujeito, compreendê-lo e criar vínculos para construir respostas efetivas e individualizadas. Todo sujeito tem uma história e no cuidado em saúde mental, assim como na atenção à crise, devemos considerar essa história de vida, sua cultura e sua rede de apoio para ampliar os recursos de atendimento,

uma vez que o objetivo não é explicar uma crise, mas compreendê-la e acolhê-la. Dessa forma, a Atenção Básica torna-se um ponto central para a concretização da política de Reforma Psiquiátrica, que busca uma abordagem mais humanizada e integrada no cuidado em saúde mental (Brasil, 2001).

Este trabalho busca, por meio de um relato de experiência, refletir sobre o desafio de realizar o atendimento à crise na Atenção Básica em um município de pequeno porte, o qual não conta com um CAPS em sua Rede de Atenção Psicossocial.

Relato de experiência

O relato de experiência é uma forma de escrita acadêmica que pretende refletir sobre a experiência vivida, promovendo conhecimento e aprendizagem. É uma forma de produção de conhecimento que visa descrever a intervenção realizada, com embasamento científico e reflexão crítica. Sendo assim, o relato de experiência pode ser considerado como a “expressão escrita de vivências, capaz de contribuir na produção de conhecimentos das mais variadas temáticas” (Mussi et al., 2021, p.63).

Neste relato de experiência, produzido a partir da Especialização em Políticas de Saúde Mental e Atenção Psicossocial da Escola de Saúde Pública do Estado de Minas Gerais, buscamos, de maneira intencional, produzir um saber a partir da compreensão crítica e reflexiva a respeito da vivência da primeira autora deste artigo como psicóloga na Atenção Básica de um município de pequeno porte localizado no interior de Minas Gerais. Com população de pouco mais de cinco mil habitantes (IBGE, 2023), o município possui uma Rede de Atenção à Saúde composta por: 03 equipes de Estratégia de Saúde da Família (ESF); 01 equipe de Pronto Atendimento 24 horas; 01 Equipe Multiprofissional; e 01 Equipe de Saúde Mental.

Atualmente a primeira autora deste texto faz parte da Equipe de Saúde Mental, trabalhando como psicóloga ambulatorial no município

mentionado. Essa equipe, composta por uma psicóloga e uma psiquiatra, realiza os atendimentos ambulatoriais e acompanhamentos de usuários em situação de sofrimento mental e seus familiares, ambos referenciados pelas ESFs e Equipe Multiprofissional do município. Os profissionais da Equipe de Saúde Mental realizam os atendimentos em uma das Unidades de Saúde do município e dão suporte aos profissionais das ESF e Equipe Multiprofissional.

O município não possui CAPS. O CAPS de referência, assim como o hospital geral³ de referência regional, fica a cerca de 100 quilômetros de distância do município. Dessa forma, a demanda de saúde mental do município é atendida pela Atenção Básica, sobretudo devido à dificuldade de acesso ao CAPS mais próximo e pelo fato de que este é referência para mais de 15 municípios. Como veremos adiante, essa situação é um obstáculo quando tentamos organizar um cuidado compartilhado.

Na RAPS, cada lugar desempenha um papel importante e necessário no cuidado às pessoas que vivem situações de sofrimento mental. O atendimento da Equipe de Saúde Mental tem um papel importante porque cada sujeito tem sua história de vida, a qual faz parte do seu processo saúde-doença. O ambulatório é um espaço individualizado que oferece acolhimento aos usuários, proporcionando uma oportunidade para explorar questões que podem não surgir em outros locais, além de oferecer um suporte às Equipes de Saúde da Família no cuidado das pessoas com adoecimento mental.

De acordo com Damous e Erlich (2017), o ambulatório pode ser uma potente ferramenta dentro da RAPS, pois pode ser um espaço para a construção de mudanças de posicionamento subjetivo em relação ao sofrimento psíquico. Ou seja, o ambulatório pode desempenhar, na Atenção Básica, uma função complementar ao cuidado ofertado. No entanto, o atendimento clínico ambulatorial precisa estar efetivamente

³ O município tem dez leitos de saúde mental habilitados pelo Ministério da Saúde.

voltado para o território, favorecendo a desinstitucionalização, como parte da Rede de Atenção Psicossocial. Isso é possível, pensando no ambulatório enquanto um lugar de escuta e fala continuado, que proporciona acolhimento do usuário e familiar, construção de vínculo, subjetividade da história de vida e potencialização do sujeito (Damous; Erlich, 2017).

Para exemplificar a experiência de acolhimento de situações de crise na Atenção Básica, escolhemos dois casos acompanhados no município pela psicóloga da Equipe de Saúde Mental, juntamente com a equipe da Estratégia Saúde da Família. São dois casos complexos e que representam um desafio para os profissionais envolvidos e para o município em questão, pelos motivos já mencionados.

O caso da Jovem M.

No ano de 2022, a jovem estudante, solteira, que iremos chamar de M., deu entrada no Pronto Atendimento (PA) por tentativa de suicídio. Após o atendimento emergencial, ela foi encaminhada para acompanhamento da ESF de referência e para a Equipe de Saúde Mental, a qual contava com psicóloga e psiquiatra.

A jovem de 20 anos tem crises intensas com ideação suicida, relata tristeza, medo de abandono, mudanças de humor intensas, crises de choro e impulsividade. Sua família é composta pelo pai, de 82 anos; a mãe, de 42 anos; e um irmão, de 18 anos. A família reside na zona rural do município, mas M. mudou-se para o centro da cidade, onde mora sozinha, para estudar e trabalhar na época da pandemia de COVID-19.

Por muito tempo M. teve dificuldade para vincular-se aos serviços, não se mostrando aberta para o acompanhamento das equipes da ESF e da Saúde Mental. Não comparecia às consultas, não tomava as medicações prescritas e estava frequentemente comparecendo ao PA devido ao uso excessivo de medicamentos com intenção de morte. A jovem apresentava-se como um caso desafiador para todas as equipes. Diante da complexidade do caso, os profissionais envolvidos – a

Equipe de Saúde Mental (psicóloga e psiquiatra), todos os vinculados à ESF (médico, enfermeiro e agente comunitária de saúde) e a Equipe Multiprofissional (psicóloga e assistente social) – articularam-se para a realização de reuniões para discussão do caso e organização de estratégias de manejo. Assim, foi formulado um projeto de cuidado que incluiu visitas domiciliares, acompanhamento da Equipe Multiprofissional, atendimentos especializados compartilhados, realização de reuniões com a família, contato com amigos e vizinhos.

Apesar de todos os esforços da equipe para ofertar um cuidado integral, envolvendo a RAPS e a família, continuávamos com dificuldade para vincular a jovem à Atenção Básica e, na maior parte das vezes, ela não comparecia à unidade de saúde para os atendimentos agendados. Porém, M. continuava com as idas frequentes ao PA em horário noturno, quando estava nos momentos de crises, sendo que em determinado momento foi pensado pelos profissionais a internação psiquiátrica como alternativa para o caso.

O contato possível com a família era com a mãe de M., que sempre comparecia quando era solicitada e recebia as equipes durante as visitas domiciliares. Porém, quando a médica sugeriu a internação da filha, a mãe ficou muito abalada e recusou-se a aceitar a sugestão, por considerar que M. poderia ser tratada sem precisar ser internada. A mãe foi acompanhada pela equipe e orientada diversas vezes a respeito da necessidade de monitorar de perto a filha e evitar deixá-la sozinha, devido às frequentes situações de risco de suicídio. No entanto, M. não queria voltar para a zona rural e sua mãe precisava cuidar do marido idoso, o qual não podia ficar sozinho em casa por muito tempo. Como resultado, a mãe dividia-se entre os cuidados com a filha e com o marido idoso.

A jovem mostrava-se bem e tranquila durante o tempo que a mãe estava com ela, falava que estava bem e que não precisava de ajuda. Concordava em fazer o tratamento e dizia que não iria tentar fazer algo contra a própria vida, mas fazia isso porque recusava os cuidados da mãe. Assim que ficava sozinha novamente, M. desestabilizava-se e

tinha novas crises. Havia um conflito entre filha e mãe. Por mais que a equipe tentasse resgatar o vínculo entre ambas, a filha mostrava-se resistente e preferia a ajuda de amigos à ajuda de sua mãe.

A articulação da RAPS e a realização de diversos atendimentos fez com que M. ensaiasse várias tentativas de comprometer-se com o tratamento. Em determinado momento, ela responsabilizou-se pelo seu tratamento e, com apoio das equipes, apresentou uma melhora. Quando isso aconteceu, ela abandonou o tratamento e ficou um certo tempo sem comparecer nas unidades de saúde. No ano de 2023, M. retorna às unidades de saúde com novas crises, após descobrir uma gravidez não planejada. Nesse momento os profissionais que acompanharam M. no ano anterior já não estavam mais atuando no município e o caso teve que ser apresentado aos novos profissionais, médico e enfermeiro, para retomar o acompanhamento da jovem.

Atualmente, M. está sendo acompanhada semanalmente pela equipe da ESF (médico, enfermeira e agente comunitária de saúde) para acompanhamento do pré-natal, e pela Equipe de Saúde Mental (psiquiatra e psicóloga), com consultas agendadas, para efetivar o cuidado integral na perspectiva da atenção psicossocial. Os profissionais mantêm o contato com a mãe, por meio de ligações telefônicas e atendimentos presenciais na Unidade Básica de Saúde. O caso ainda representa um desafio, pois a jovem segue com dificuldades para sustentar os cuidados, mantendo um padrão frequente de crises e reações emocionais intensas que a prejudicam.

O caso do Jovem W.

O jovem W., de 21 anos, trabalha como auxiliar de serviços gerais, chegou à ESF para consulta médica, queixando-se de ansiedade exacerbada com crises intensas. A médica da ESF realizou o primeiro atendimento de W. e fez o encaminhando para a Equipe de Saúde Mental, com orientações para acompanhamento e uso de medicamentos para as crises de ansiedade.

Após uma semana, W. retornou para atendimento psicológico e durante o atendimento foi observado que ele estava desorientado, com discurso desorganizado, fala acelerada, impaciente, agitado. Ele relatou que estava difícil conviver com a ansiedade, que desejava morrer, que estava com crises intensas e diárias. Ainda, relatou que sempre que estava em crise fazia uso exagerado de medicamentos. Questionado sobre o quanto de medicamento havia usado no dia, relatou que havia ingerido uma cartela de um medicamento antidepressivo e muitas gotas de um benzodiazepínico, receitado para tratar sua ansiedade, associado ao uso de álcool. Imediatamente a médica foi acionada para avaliar o jovem, que estava completamente desestabilizado pela intoxicação de medicação. Instável e com comportamento impulsivo, W. não queria ser atendido pela médica e desejava ir embora, relatando que a única coisa que precisava era de mais medicação para aliviar a ansiedade. Com muita intervenção dialogada (o atendimento foi realizado pela psicóloga e pela médica), ele aceitou ficar em observação e aceitou a medicação e o soro para conter a intoxicação medicamentosa.

Devido às suas reações emocionais intensas e à dificuldade para acalmar-se, a equipe chamou a mãe de W. para acompanhá-lo. Ela foi orientada em relação aos cuidados com o filho e em relação à necessidade de auxiliá-lo no tratamento, já que ele não poderia mais ter acesso livre aos medicamentos devido ao risco de tentativa de suicídio. Acompanhado pela mãe, W. foi para casa com o combinado de que daria continuidade ao acompanhamento ambulatorial com a Equipe de Saúde Mental.

Considerando o momento de crise, portanto a necessidade da intensificação dos cuidados, no dia seguinte a médica e a psicóloga foram à residência de W. para realização de atendimento domiciliar de acompanhamento. O jovem ainda estava com reações emocionais acentuadas, porém menos agitado que no dia anterior. A médica propôs modificação do tratamento medicamentoso, suspendendo o benzodiazepínico, pois W. estava fazendo uso excessivo. Acordamos

com a mãe que ela ficaria responsável por administrar a medicação e acionar a equipe de saúde em caso de necessidade.

Alguns dias depois, W. retornou à unidade de saúde para cuidado continuado. A equipe considerou, naquele momento, que estava conseguindo manejar a situação e que o caso estava tendo todos os cuidados necessários. Ele estava estável, orientado e consciente. Todavia, na semana seguinte, W. chegou à unidade de saúde em crise novamente. A situação estava mais grave: agitação psicomotora, agressividade e difícil controle. W. havia feito uso de álcool. A equipe não teve alternativa a não ser realizar contenção física e fazer uma medicação sedativa. Foi uma intervenção muito difícil, com solicitação de auxílio da polícia. W. não respondia de forma lúcida, sendo agressivo com todas as pessoas que se aproximavam. Um tempo após a contenção, quando já estava mais estável, o jovem foi para casa com a mãe.

A equipe reuniu-se para discussão do caso e decidimos encaminhar W. para o CAPS III de referência, localizado em uma cidade que fica a cerca de duas horas do município. No dia seguinte, W. foi para o CAPS III, mas, devido à distância e às dificuldades no transporte, acabou não sendo atendido por causa do horário. O usuário retornou para casa e ficou estável por alguns dias até chegar à UBS novamente alcoolizado e em crise, com agitação psicomotora e agressividade.

Diante de todas as tentativas da equipe de manejar a situação, com um cuidado mais intensivo e com a tentativa de articulação com o CAPS, e face à dificuldade do jovem de vincular-se ao tratamento proposto, uma vez que o mesmo relatava que não estava conseguindo melhorar bem como sobre a dificuldade de conviver com tantos pensamentos desorganizados, a possibilidade de uma internação ficou mais presente devido ao risco de suicídio e à dificuldade da família em lidar com as crises de W.. Recorrentemente ele se colocava em risco, com direção perigosa, uso de álcool e uso de medicamento em excesso.

A equipe seguiu próxima e conseguiu articular nova ida de W. ao CAPS de referência. O CAPS III iniciou um acompanhamento, com uso

de medicação, mas não incluiu W. na permanência-dia. W. conseguiu seguir com o tratamento por um tempo e relatou percepção de melhora. A mãe relatou que houve mais algumas crises em casa, mas que a situação havia ficado sob controle.

Pouco tempo depois, W. voltou a fazer uso de álcool. A família passou a ter dificuldades para manter W. em casa novamente e a mãe voltou a preocupar-se com os riscos. A decisão por uma internação veio em comum acordo com o próprio jovem, que estava sofrendo muito. Ele relatou dificuldade em manter-se sóbrio e estava fazendo uso abusivo de álcool juntamente com os medicamentos.

A equipe tentou a articulação com o CAPS AD⁴ de referência, mas o acompanhamento ficou impossibilitado principalmente devido à distância, mas também pelo que foi ofertado como cuidado neste equipamento: acolhimento, consulta com psiquiatra e técnico de referência em Psicologia. Esse cuidado o município também conseguia ofertar ao jovem. O que se esperava era a possibilidade de um cuidado mais intensivo, com permanência-dia e hospitalidade noturna, por meio do qual W. pudesse ter uma outra possibilidade além daquela que a Atenção Básica poderia ofertar.

A opção pela internação veio do próprio W., que a via como uma saída, mesmo sendo orientado quanto à possibilidade de cuidado no seu território. Por solicitação da família e dele próprio, W. acabou sendo encaminhado pela Equipe Multiprofissional para uma comunidade terapêutica⁵, onde ficou internado por nove meses. Após retornar da

⁴ O Centro de Atenção Psicossocial – Álcool e Drogas (CAPS AD) atende pessoas com necessidades decorrentes do uso de álcool e outras drogas. Conforme o Ministério da Saúde, é um serviço de saúde mental aberto e de caráter comunitário, indicado para municípios ou regiões com população acima de setenta mil habitantes (Brasil, 2011).

⁵ Não caberá o aprofundamento na discussão sobre esse tipo de instituição total neste trabalho, por distanciar-se do objetivo, mas não podemos deixar de mencionar as várias pesquisas que indicam situações de violações de direitos humanos nesses espaços (Conselho Federal de Psicologia, 2011, 2018; Conselho Regional de Psicologia de São Paulo, 2016).

clínica, W. encontra-se, atualmente, em acompanhamento pela ESF e pela Equipe de Saúde Mental. No entanto com a troca de profissionais da ESF, foi preciso iniciar novamente o acompanhamento, com consultas iniciais para construção de vínculos e apresentação do caso à equipe.

Reflexões sobre os casos apresentados: a experiência do atendimento à crise em saúde mental na Atenção Básica

Com a Reforma Psiquiátrica, a atenção psicossocial faz parte da política de atendimento à saúde mental no Brasil e pressupõe a organização do cuidado da pessoa em situação de sofrimento mental em liberdade e no seu território, em serviços abertos e de perspectiva comunitária (Brasil, 2001; Campos Souza, 2014; Yasui; Luzio; Amarante, 2018). Como vimos, a Atenção Básica desempenha um papel fundamental na RAPS, sendo que também é de sua responsabilidade o acolhimento e o cuidado integral e contínuo de pessoas em situação de sofrimento mental, incluindo as situações de urgência ou crise.

Nos casos relatados, é possível identificar dificuldades significativas em relação ao manejo do cuidado diante das crises em saúde mental, não apenas por serem casos de alta complexidade, mas também pela insuficiência dos recursos territoriais. Esses casos, marcados por aspectos como o rompimento de vínculos familiares, a intensidade dos sintomas, auto e heteroagressão, risco de morte e uso abusivo de substâncias, exigem muita dedicação, criatividade e continuidade nas intervenções. A Atenção Básica é especialmente importante no acompanhamento dos casos crônicos, como são os casos de saúde mental. Mas, ainda tem dificuldades para realizar atendimentos nos casos de crises como os relatados, sobretudo quando os municípios não contam com a possibilidade de articulação com serviços especializados localizados em outros municípios, como os CAPS e CAPS AD, ou quando esses serviços não oferecem o cuidado especializado necessário para a população de outros municípios.

Nesse sentido, é importante considerar que dos 853 municípios de Minas Gerais, quase 500 tem menos de 10 mil habitantes (IBGE, 2023), o que nos indica a necessidade desse tipo de articulação em rede para o cuidado e a relevância da reflexão aqui proposta.

Como vimos nos relatos, várias estratégias de cuidado foram realizadas pelas equipes da Atenção Básica (ESF, Equipe Multiprofissional e Equipe de Saúde Mental) na tentativa de amenizar o sofrimento dos usuários e os riscos iminentes. Dentre as intervenções que puderam ser realizadas pelas equipes, podemos citar: reuniões de equipe para discussão dos casos e matriciamento; acolhimentos; busca ativa das famílias; atendimentos compartilhados; atendimentos domiciliares; atendimentos individualizados.

Nas reuniões de equipes e reuniões de matriciamento, os objetivos foram discutir os casos e pensar em estratégias de intervenções e monitoramento para prevenção de novas crises dos pacientes acompanhados. A realização de busca ativa pelas famílias foi uma estratégia definida pela equipe com o intuito de acolher, orientar e incluir a família como parte fundamental no cuidado dos pacientes, além de fortalecer o vínculo afetivo e social do paciente e familiares. Os atendimentos individualizados e compartilhados eram realizados de acordo com a necessidade. Inicialmente eram agendados com frequência semanal, mas com abertura para atendimentos espontâneos. Os atendimentos têm o objetivo de acolher e auxiliar o paciente a organizar sua demanda, na tentativa de promover uma melhora das crises. O uso de medicamentos também foi necessário e teve como objetivo contribuir para a melhora dos sintomas e diminuição dos riscos. Também foi incluído no cuidado e na construção dos Projetos Terapêuticos Singulares o setor da Assistência Social para auxiliar no fortalecimento de vínculos familiares, assim como contato com amigos e vizinhos que pudessem contribuir com os cuidados e com a sociabilidade.

De acordo com Yasui, Luzio e Amarante (2018) o cuidado ofertado precisa contemplar outros modos de olhar para o adoecimento, visando uma nova forma escutar, cuidar e acolher, pois cada história singular nos mostra a complexidade da vida e do viver de cada um. Nesse sentido, destacamos que os laços comunitários têm uma importância fundamental no cuidado em saúde mental, por possibilitarem às pessoas o pertencimento ao território em que vivem. Para exemplificar, podemos citar algumas situações. Certa vez, a dona do restaurante que M. frequentava foi acionada em um momento de crise, quando a paciente se recusava a aceitar a presença da mãe. Essa amiga foi uma referência para M., de modo que os profissionais responsáveis pelo cuidado dela mantiveram contato com essa mulher, que é parte da rede de suporte de M. No caso de W., a equipe manteve contato com um de seus amigos, que era acionado em alguns momentos para troca de informações importantes para o cuidado. Este amigo era um suporte para W. no território, ambos gostavam de andar de moto e trabalhar com criação de animais.

É necessário considerar que os dois residem em zona rural, possuem redes de apoio, têm condições financeiras mediana, têm oportunidades de trabalho e relações familiares e sociais bem estabelecidas. No entanto, é preciso refletir e questionar o direcionamento que um dos casos teve, com a internação.

Há uma diferença importante nas estratégias que as equipes construíram para os dois casos apresentados, sendo que no segundo, após o cuidado à crise em saúde mental ser inviabilizado pela dificuldade de acesso aos serviços especializados da atenção psicossocial, houve a internação voluntária em uma comunidade terapêutica por um longo período, ao passo que no primeiro caso foi possível a articulação do cuidado em saúde mental na Atenção Básica do município.

A alternativa de internação em clínicas psiquiátricas ou comunidades terapêuticas sempre é uma pauta discutida na Atenção Básica do município devido à falta de serviços substitutivos

especializados para atender casos de alta complexidade durante situações de crise que requerem um serviço de hospitalidade, sobretudo quando relacionadas ao uso abusivo de drogas. Campos Souza (2012) destaca que “a presença de comorbidades clínicas e de álcool e drogas são aspectos importantes, que interferem na apresentação sintomática, inclusive, intensificando a gravidade do caso” (p. 8).

A hospitalidade em hospital geral ou no CAPS III de referência do município é de difícil acesso, sendo insuficiente para atender as demandas de toda a região. No entanto, temos procurado discutir muito sobre esse assunto nas reuniões de matriciamento, educação permanente e ações de educação em saúde, com o intuito de ampliar a visão de profissionais e da comunidade para que haja mais adesão ao tratamento no território e para que possamos desmistificar a ideia de que a internação é uma boa saída para situações de crises em saúde mental e/ou uso abusivo de álcool e outras drogas. Conforme indicam Yasui, Luzio e Amarante (2018), o cuidado em saúde mental é um trabalho interdisciplinar, não havendo disciplina ou campo de saber que isoladamente seja suficiente e necessário para abranger tal complexidade. Por isso, as reuniões de equipe e o matriciamento tornam-se fundamentais, especialmente nos casos mais desafiadores, pois é a junção e contribuição de todos os saberes que possibilita uma resposta efetiva à crise em saúde mental, ao mesmo tempo em que pode modificar as visões ainda marcadas pela lógica manicomial.

O recurso à internação evidencia-se quando os profissionais não conseguem realizar um cuidado efetivo, o que às vezes é a realidade na Atenção Básica em pequenos municípios (Boarini, 2009; Ferreira *et al.*, 2019). Dell’Acqua e Mezzina (1991) chamam a atenção para a tomada de responsabilidade pelos profissionais, especialmente nos momentos de crise. Para isso é imprescindível a criação de múltiplas e diversas estratégias de cuidado que estejam em permanente reinvenção, a fim de acompanhar a complexidade da demanda.

Com relação ao cuidado ofertado pelas equipes de saúde do município em questão, podemos destacar alguns pontos importantes. A ESF e a Equipe de Saúde Mental atuam de forma compartilhada, com matriciamento, podendo auxiliar no cuidado. Todavia, temos uma dificuldade com relação a troca de profissionais frequentemente, o que acaba dificultando a continuidade do acompanhamento. De acordo com Yasui, Luzio e Amarante (2018), a rotatividade das equipes de ESF é uma realidade que muitas vezes representa impasse e obstáculo na garantia da continuidade do trabalho clínico, como por exemplo na manutenção de projetos terapêuticos e de vínculos estabelecidos com os usuários. Enfrentamos essa realidade nos dois casos apresentados, pois mudanças nas equipes afetaram o vínculo já estabelecido e, por consequência, a continuidade do cuidado nas situações de crise.

Outro ponto importante a destacar é com relação à experiência prévia em saúde mental. A maioria dos profissionais das ESFs (médicos e enfermeiros) do município ao qual nos referimos neste trabalho não possuem experiências com atendimentos de crise em saúde mental. Apesar da Atenção Básica integrar a RAPS, tendo incorporado em suas atividades os cuidados às questões de saúde mental e o atendimento à crise, muitos profissionais não se consideram preparados. Considerando que o município em questão não conta com os serviços substitutivos especializados, como o CAPS, isso se torna um desafio ainda maior.

A importância do acolhimento e criação de vínculo na intervenção em saúde mental é amplamente discutida e enfatizada. Isto não é diferente nas demandas de crise. Ferreira *et al.* (2019) ressalta a importância de criar vínculos com usuários e com familiares destes, os quais também são impactados. Essa é uma potencialidade nos casos em que a crise pode ser atendida na Atenção Básica, onde há uma facilidade para criação de vínculo e cuja acessibilidade e integralidade já são preconizadas pela política pública de saúde.

Considerações finais

Os casos apresentados suscitam importantes reflexões sobre os desafios e potencialidades das estratégias de cuidado no âmbito da Atenção Básica para o atendimento às crises de saúde mental na perspectiva da atenção psicossocial. Ambos os casos, não obstante suas grandes diferenças, apresentam uma complexidade significativa e em comum a necessidade de serviços de atenção psicossocial que pudessem ofertar cuidados de forma mais intensiva.

Apesar das várias estratégias de cuidado realizadas pela Atenção Básica, os dois jovens continuaram em situações intensas de sofrimento, o que destaca a necessidade de uma abordagem mais ampla e integrada na gestão do cuidado em saúde mental. É importante reconhecer que o tratamento em saúde mental requer uma abordagem interdisciplinar, envolvendo não só profissionais de saúde mental, mas também familiares e cuidadores, a fim de promover uma atenção integral e garantir melhores resultados. Porém, entendemos que a possibilidade de uma relação em rede mais eficiente, com uma entrada mais significativa do serviço especializado de atenção psicossocial no momento de crise e o compartilhamento do cuidado, com a possibilidade da hospitalidade, poderia ter sido benéfica nos dois casos. Poderia, inclusive, ter evitado o recurso à internação voluntária.

Ainda persiste a ideia de que a internação pode ser solução para o cuidado em saúde mental, seja por parte dos familiares e às vezes até mesmo por parte dos profissionais. Isso precisa ser amplamente discutido, uma vez que a política de saúde mental se sustenta no cuidado em liberdade (Brasil, 2001).

No que diz respeito às potencialidades do atendimento às crises de saúde mental na Atenção Básica, destacamos o papel fundamental do vínculo e da proximidade entre usuários, os serviços e os profissionais de referência. Quando há uma relação de confiança e acolhimento entre profissionais, usuários, familiares e a rede social de apoio, é possível criar um ambiente terapêutico mais propício à melhora e à prevenção

de crises futuras. É importante que os profissionais da Atenção Básica sejam capacitados e estejam comprometidos em criar laços de proximidade com a comunidade, a fim de promover uma abordagem mais humanizada e integral no cuidado à saúde mental. Destacamos que nos dois casos foram incluídos os amigos e os vizinhos como rede de apoio aos usuários.

O atendimento de demandas de crises em saúde mental na Atenção Básica é um desafio constante, exigindo aprimoramento contínuo das equipes. A Educação Permanente é de extrema importância para os profissionais desenvolverem boas práticas em saúde mental, pois através dela é possível refletir sobre a atuação do profissional diante dos casos de saúde mental, produzir novos conhecimentos, troca de experiências, mudanças para melhoria do serviço e inovações das ações. É fundamental que os profissionais estejam preparados para lidar com as complexidades que emergem nesse campo, adotando abordagens integradas em todos os níveis de assistência. É importante que os profissionais sejam capacitados não apenas em técnicas de intervenção em crises, mas também em abordagens terapêuticas mais humanizadas e integrais.

Além disso, é fundamental que as equipes da Atenção Básica estejam conectadas com outras políticas públicas setoriais e, no caso de municípios de pequeno porte, com municípios com recursos mais complexos a fim de poder encaminhar os casos mais graves para serviços especializados, quando estes forem necessários, e prescindir de internações em instituições fechadas, possibilitando respostas mais adequadas e efetiva às demandas de saúde mental.

REFERÊNCIAS

BOARINI, M. L. A (desconhecida) reforma psiquiátrica em municípios aquém de pequeno porte. *Psicologia em Revista*, v. 15, n. 1, p. 28-50, 2009.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria n.º 2.436, de 21 de setembro de 2017. Aprova a **Política Nacional de Atenção Básica**, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília, DF: Gabinete do Ministro do Ministério da Saúde, 2017. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt2436_22_09_2017.html. Acesso em: 16 jan. 2024.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria n.º 3.088, de 23 de dezembro de 2011**. Institui a Rede de Atenção Psicossocial para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde. Brasília, DF: Gabinete do Ministro do Ministério da Saúde, 2011. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt3088_23_12_2011_rep.html. Acesso em: 16 jan. 2024.

BRASIL. Presidência da República. **Lei n.º 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. Brasília, DF: Presidência da República, 2001. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/leis_2001/l10216.htm. Acesso em: 16 jan. 2024.

CAMPOS SOUZA, P.. Crise, rede e hospitalidade: uma abordagem para a reforma psiquiátrica. In: JORGE, M. A. S.; CARVALHO, M. C. A.; SILVA, P. R. F. (org.). **Políticas e Cuidado em Saúde Mental**: contribuições para a prática profissional. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2014.

CAMPOS SOUZA, P.. **Serviço de Urgência Psiquiátrica de Belo Horizonte**. Belo Horizonte, 2012. Disponível em: <https://docplayer.com.br/21344870-Servico-de-urgencia-psiquiatica-de-belo-horizonte.html>. Acesso em: 16 jan. 2024.

CONSELHO FEDERAL DE Psicologia. **Relatório da 4ª inspeção nacional de direitos humanos**: locais de internação para usuários de drogas. Brasília: CFP, 2011. Disponível em: https://site.cfp.org.br/wp-content/uploads/2012/03/2a_Edixo_relatorio_inspecao_VERSxO_FINAL.pdf. Acesso em: 16 jan. 2024.

CONSELHO FEDERAL DE Psicologia. **Relatório da Inspeção Nacional em Comunidades Terapêuticas – 2017**. Brasília DF: CFP, 2018. Disponível em: <https://site.cfp.org.br/wp-content/uploads/2018/06/Relat%C3%B3rio-da-Inspe%C3%A7%C3%A3o-Nacional-em-Comunidades-Terap%C3%AAuticas.pdf>. Acesso em: 16 jan. 2024.

CONSELHO REGIONAL DE Psicologia DE SÃO PAULO [CRPo6]. **Dossiê: Relatório de Inspeção de Comunidades Terapêuticas e Clínicas para Usuários(os) de Drogas no Estado de São Paulo – mapeamento das violações de direitos humanos**. São Paulo: Conselho Regional De Psicologia De São Paulo, 2016.

DAMOUS, I.; ERLICH, H.. O ambulatório de saúde mental na rede de atenção psicossocial: reflexões sobre a clínica e a expansão das políticas de atenção primária. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, v. 27, n. 4, p. 911-932, out. 2017.

DELL'ACQUA, G.; MEZZINA, R. Resposta à crise. In: DELGADO, J. (org.). **A loucura na sala de jantar**. São Paulo: Resenha, 1991. p. 53-79.

FERREIRA, R. S. A. S.; CORTES, H. M.; PINHO, P. H. Atenção em saúde mental em municípios de pequeno porte. **Mudanças**, São Paulo, v. 27, n. 1, p. 63-68, jun. 2019

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA [IBGE].
Panorama: Minas Gerais. 2023. Disponível em: <https://cidades.ibge.gov.br/brasil/mg/panorama>. Acesso em: 06 mar. 2023.

MOLINER, J.; LOPES, S. M. B.. Saúde mental na atenção básica: possibilidades para uma prática voltada para a ampliação e integralidade da saúde mental. **Saúde e Sociedade**, v. 22, n. 4, p. 1072-1083, out. 2013.

MUSSI, R. F. F.; FLORES, F. F.; ALMEIDA, C. B.. Pressupostos para a elaboração de relato de experiência como conhecimento científico. **Revista Práxis Educacional**, v. 17, n. 48, p. 60-77, 2021.

YASUI, S.; LUZIO, C. A.; AMARANTE, P.. Atenção psicossocial e atenção básica: a vida como ela é no território. **Rev. Polis Psique**, Porto Alegre, v. 8, n. 1, p. 173-190, abr. 2018.

A trajetória de uma criança autista acompanhada pela Atenção Primária à Saúde: um relato de caso

Maria Mercedes Merry Brito

A Política de Atenção Básica do Ministério da Saúde – PNAB/SUS preconiza o mais alto grau de descentralização e capilaridade do cuidado em saúde pública coletiva, que deve ocorrer em dispositivos localizados o mais próximo do local de moradia das pessoas, ou seja, uma Unidade Básica de Saúde (UBS), lugar de contato preferencial dos usuários e a principal porta de entrada e comunicação com toda a Rede de Atenção à Saúde. No caso das crianças e adolescentes acolhidas pelas equipes de saúde mental das UBS, esse cuidado estende-se à necessidade de construção de um laço intersetorial com os mais diversos espaços de cuidados, de educação e de promoção de cidadania, tais como escolas, organizações não governamentais (ONG), espaços de cultura e outros a serem inventados nos territórios onde eles(as) e suas famílias habitam.

Esse trabalho pretende demonstrar, a partir de um relato de caso, a possibilidade de acolhimento, atendimento e acompanhamento em saúde mental de uma criança com diagnóstico de autismo em uma UBS, localizada na região central do município de Belo Horizonte. E, a partir de onde foi possível, ao longo de dez anos, a construção de uma rede de cuidados, de inserção social e de sustentação de um dispositivo clínico-teórico-político do qual ela necessitava.

Igor¹ vem com sua mãe para a sua primeira consulta na UBS aos sete anos. Foi encaminhado por um psiquiatra do Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG) que o acompanhava desde os cinco anos. Nas primeiras entrevistas, sua mãe nos fala que ele “engatinhou de quatro” e levantou-se de uma só vez ao completar seu

¹ Nome fictício.

primeiro ano de vida. Falou *-mã* e *-pá* aos dois anos de idade. Em casa, quando queria algo, preferia apontar com o dedinho em vez de falar, tendo dificuldades para cuidar de si mesmo durante toda a primeira infância. Sempre foi apaixonado por parquinhos e, até hoje, os pais levam-no ao Parque Guanabara². Durante um bom tempo, trouxe para as sessões fotos retiradas da internet de parques temáticos similares do mundo todo, o que me fez perceber seu interesse por cibernética e por fotografia.

Em contato com a Unidade Municipal de Educação Infantil (UMEI), sua professora me fala que, desde sua chegada, aos três anos, ele permanecia em sala de aula durante o período do recreio. Ainda, não se dirigia a ela e nem conversava com os coleguinhas, sempre mantendo da turma e dela uma distância calculada, gostando mais de brincar sozinho nos cantos da sala. Desde o início do tratamento, sua mãe não poupou esforços em buscar recursos dentro e fora da escola, sugeridos por mim e pelo Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF) da UBS. De início, Igor apresentava um ligeiro distúrbio na fala, o que me levou a fazer contato no Hospital Municipal São Geraldo que, à época, possuía em seus quadros uma fonoaudióloga a qual sua mãe conhecia e que, prontamente, passou a atendê-lo.

Aos 10 anos, passou a frequentar aulas de natação no SESC³, instituição com a qual seu pai, comerciante de feira livre, tinha convênio. Destacando-se nesse esporte, ganhou várias medalhas, as quais trazia para os atendimentos com satisfação. Frequentou por vários anos a Arena Municipal de Cultura. Um contato prévio com o monitor da oficina propiciou que Igor frequentasse aulas de violão e percussão e tivesse uma atenção diferenciada e um modo de estar próprio como, por exemplo, ficar o tempo que quisesse e tocar do seu jeito, sem seguir necessariamente as regras de aprendizado usuais de musicalização.

² Trata-se de um parque de diversões fixo em Belo Horizonte, Minas Gerais.

³ Serviço Social do Comércio.

Fez o ensino fundamental numa Escola Pública. Em 2011, diante de suas dificuldades de aprendizagem, no lugar da transferência sugerida pelos mestres, conversas com a supervisora propiciaram que a escola lhe oferecesse suporte em uma sala de recursos. Completada essa etapa de sua formação, aceitou, com uma certa relutância, ir para uma escola de ensino médio, também pública e próxima de sua casa.

Aos 17 anos, lia e escrevia corretamente. Era completamente independente em seus cuidados, andando sempre na moda. Ia para a escola próxima a sua residência sozinho, restringindo seu trânsito por outros pontos da cidade em companhia dos pais. Ao completar 18 anos, o adolescente passou a ser atendido pela psicóloga de outra UBS e, após um período de atendimento, postou nas redes sociais sua foto estampando o crachá de seu primeiro emprego de repositor de mercadorias, conquistado a partir das cotas para pessoas com deficiência.

Nos primeiros anos dos atendimentos, tocava uma guitarra de plástico e imitava Raul Seixas, de quem sabia todas as músicas. Dificilmente me olhava de frente. Conversávamos cantarolando sobre a maioria das questões que ele ou sua mãe traziam. Com o passar do tempo, demonstrou interesse pelo computador da sala de atendimentos e, através desse recurso tecnológico, iniciou e ampliou durante um bom tempo conhecimentos nessa área, fazendo-me conhecer todas as temporadas dos *Powers Rangers*⁴.

Já adolescente, seu interesse recai sobre os componentes de bandas de Rock, principalmente as brasileiras, embora conheça muitos roqueiros de bandas internacionais. Cantávamos nas sessões as músicas das bandas que trazia no *smartphone* com o qual seu pai lhe presenteou. Conhecia seus componentes pelo nome, história pessoal de cada um, lugar e função no elenco. E, ainda, quando essas bandas iniciaram suas atividades, idade de todos, quem saiu, quem ficou,

⁴ Série de televisão norte-americana sobre super-heróis.

instrumentos que usavam e outros detalhes. Nessa época, passamos um bom tempo tratando da “questão da morte”, na medida em que ele se deu conta da morte de alguns integrantes de algumas bandas e também sobre a “questão das drogas”, que aparece na história de vida de alguns destes. Passávamos também um bom tempo nos dedicando a olhar as marcas, potência, formato e cores de guitarras e outros instrumentos. Nessa época, já se permitia ser ligeiramente tocado ao chegar ou ao se despedir.

É quando inicia uma produção inédita em audiovisual, cada vez mais arrojada, começando a trazer em seu *smartphone*, além da presença de uma menina, a última formação de sua própria banda, da qual é sempre o vocalista principal. Nas sessões, há momentos de animação, cumplicidade e troca rápida de olhares. Fez também algumas modificações em seu visual, com cortes de cabelo à moda dos roqueiros e jovens da atualidade. Passa a falar que vai gravar em breve ou já gravou seu último CD em estúdio.

O pai de Igor veio algumas vezes falar de um incômodo com essas “esquisitices” do filho. O que mais o incomodava era quando um amigo lhe dava os parabéns pelo filho estar crescendo, trazendo assim lembranças de sua infância. Diz que são nessas horas que o filho o faz passar vergonha, falando palavrões, chutando as coisas e batendo portas. Esse rechaço remonta também à sua primeira infância e se manifestava quando a sua irmã mais nova pegava um álbum de fotografias da família e mostrava-lhe uma foto antiga. Eram momentos de muita angústia para ele e todos da família.

Igor ficou mais sociável na escola e na família. Sua mãe relata que ele passou a fazer contatos rápidos com colegas, desde que focados em seus interesses. Também passou a se comunicar comigo por *WhatsApp*, enviando perguntas sobre o dia das sessões ou enviando clipes de sua nova produção.

Em uma sessão, o pai vem acompanhar o filho, a meu pedido, pelo fato de existir uma chance de ele levar o filho para assistirem um show

da Banda Titãs, uma de suas preferidas. Convite que Igor recusou. O pai fala de sua preocupação com o filho, agora pelo fato de ele estar fazendo montagens de suas fotos com jovens famosos da TV. Teme que ele seja responsabilizado por isso judicialmente. Mas, sua preocupação maior é o fato de os amigos perceberem as suas imaginações, que têm aumentado, causando constrangimento. Ele fala também que já tentou levá-lo, sem sucesso, para ver um show de uma banda de rock.

Fala ainda que já tentou levá-lo a jogos de futebol, sua diversão preferida. Nesse momento Igor intervém e fala que já foi com ele ver um jogo no Maracanã. O pai balança a cabeça desolado. Igor parece não se abalar com a discordância e insiste que foi com ele ao Maracanã. O pai mostra-me um jogo no seu celular: uma espécie de jogo de escala de 22 jogadores para uma partida e que pode ser também “uma forma de se ganhar dinheiro com o acerto da escalação”.

Acho essa observação interessante e interpreto a esse pai que ele já estava “ganhando um jogo” com o apoio que tem dado a seu filho. E que Igor, com todo esse trabalho de montagem fotográfica, incluindo uma foto sua ao lado do pai, ambos vestidos com as camisas da seleção brasileira no Maracanã, parece ter arranjado um jeito próprio de acompanhar o pai aos jogos e de ser seu filho, inscrevendo-se, ao seu modo, na escala da filiação, além de falar de si, de suas questões, seus interesses, estar no mundo, compartilhar e relacionar-se com os outros, com os semelhantes.

Algumas considerações teóricas

Para Roland Barthes (1980), em seu livro “A Câmara Clara”, a máquina fotográfica propicia a produção de imagens a partir de um buraco. Trata-se da invenção de um dispositivo de captura de imagens a partir de um buraco, de uma fresta, uma câmara escura por onde passa um feixe de luz, criada pelo físico e matemático Alhazem, que concentrava suas pesquisas ópticas num observatório de eclipses solares no século X. Em 1558, essa façanha foi chamada pelo italiano

Giovanni Battista de *Magia Naturallis*. Coube ao francês Joseph Niepse, em 1824, a invenção de uma maneira de fixar essas imagens.

Barthes (1980, p. 13) observa que, o que há de melhor na fotografia é sua capacidade de “repetir mecanicamente o que nunca poderá repetir-se existencialmente”. E o fato dela ser imutável faz com que não mude, mesmo quando as pessoas mudam. A fotografia para ele é o congelamento de uma situação no tempo e seu espaço físico é inserido na subjetividade de um realismo virtual. É a marca de um tempo “morto”, um tempo que já foi.

Ernani Chaves (2020), num artigo feito para um número especial da Revista Cult sobre Sigmund Freud, cita o filósofo Walter Benjamin que, no ensaio intitulado “Pequena história da fotografia” (1930/2012), propõe o conceito de inconsciente óptico, o inconsciente máquina, em uma comparação com o inconsciente pulsional da Psicanálise. Fala, ainda, de uma inquietante estranheza que pode tomar conta de nós quando estamos diante de nossas fotografias antigas, ao mesmo tempo que nos reconhecemos e nos desconhecemos nela.

Talvez seja por isso que Igor, o nosso *expertise* em fotomontagens, que reproduz e congela imagens se servindo de um dispositivo moderno, o *smartphone*, não se sinta confortável com a fixidez no “tempo ido”, o tempo do retorno do morto, de um *spectrum/spetaculum*, estampado nas fotografias de sua infância. Nela, ele não se reconhece, não se vê representado. O passado de alguma forma o fere. Não lhe diz respeito porque foi fixado por um Outro invasivo.

Na série *The Crown*, de Peter Morgan, um personagem fala da fotografia como intrusão na intimidade. Um outro personagem no filme “Pássaro do Oriente”, do diretor Wash Westmoreland, fala do fotógrafo como um ladrão de almas e do medo das pessoas de entregarem um pouco de si a quem as fotografa. Essas referências talvez possam nos ajudar a entender o mal-estar que fotos de sua infância, trazidas pela irmã, causam a esse jovem. As fotos que ele considera são as que ele mesmo monta, com seus duplos, com um Outro que ele introduz. E não

as que outros apresentam-nos, parecendo ser para ele uma espécie de intrusão, um verdadeiro roubo de alma.

No autismo, o signo, que para Freud é o primeiro traço de percepção dos objetos antes que eles se associem no inconsciente, não parece constituir um Outro incorporado pelo sujeito. Onde inicialmente não há Outro e nem corpo é possível entrar na linguagem pela via do signo e, assim, fazer-se corpo de linguagem e ser falante. Esse seria o funcionamento de alguns autistas que pensam através de imagens e se agarram ao signo sem a interpretação que viria do Outro. É o que parece ter se colocado para Igor, que, assim, vem se inscrevendo no mundo e fazendo laço social, colocando-se num enquadre imagético com esses outros, os quais se multiplicam e se renovam em suas fotomontagens. Aí travou-se a sua batalha, construir um Outro sempre mutante e descartável. E, também, o possível encontro com outros jovens e adultos, tratando de questões relevantes da adolescência, como a morte, as drogas, o feminino, a sexualidade.

Jean Claude Maleval (2012, 2018) diz-nos que o autista recusa a alienação ao Outro e não entra na separação. Se há alienação, ela não é assumida pelo sujeito e faz surgir seus “interesses específicos”. Como diz Eric Laurent (1992 p. 156), suas ilhas de interesse que podem ser criadas a partir da oferta de um “parceiro discreto na clínica” e uma rede de atenção psicossocial que possa sustentar com ele o seu “não” ao gozo estagnado, ao sofrimento. Mantendo em aberto a oferta de ampliação de recursos existentes ou inventados na cidade, de objetos de interesse, que podem produzir o novo, além de redução de gozo e apaziguamento.

Até onde pudemos avançar na clínica pública e de orientação psicanalítica sobre o que se passa no autismo, encontramos a forclusão do furo, diferentemente da forclusão do nome do pai na psicose. A construção de objetos metonímicos e a sequência de fotomontagens, produzidos por esse adolescente, podem introduzir um furo, um “feixe” de possibilidades. Quando o pai de Igor se queixa de sua ausência nos

jogos de futebol ele responde à altura de um adolescente de seu tempo e com a competência de um “*Fakemaker*”⁵. Com uma criação inédita, faz uma fotomontagem dele com o pai na partida final da Copa América de futebol de 2019, no Estádio do Maracanã, marcando seu desejo e sua presença no jogo e na escala de filiação.

É por isso que é preciso ter cuidado com a fala, “entrar no mundo do autista”, e com os métodos e programas pré-fabricados, posto que ali, no jogo da vida, ele está a trabalhar sozinho com seu signo e não há quem possa entrar sem ser convidado. O que precisamos é escutá-lo e oferecer-lhe os recursos que ele necessita e indica. Dar-lhe suporte nesse trabalho de construção de estratégias que o ajudem a dar-se corpo, fazer laço social, dizer-se vivo e presente a seu modo no mundo.

A garantia dos espaços de escuta, de trocas sociais, de participação familiar e de respeito às singularidades de Igor foram fatos fundamentais para a construção de sua trajetória. Seu acolhimento e acompanhamento na Atenção Primária à Saúde (APS), bem como a articulação de cuidados a partir da construção de laço intersetorial no seu território, demonstram a importância da corresponsabilização do cuidado e o papel da APS na consolidação de um modelo de atenção em saúde mental aberto e de base comunitária.

REFERÊNCIAS

BARTHES, R. *Câmara Clara: Nota sobre a fotografia*. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1980.

BENJAMIN, W. *Magia e Técnica, Arte e Política: Ensaio sobre a literatura e história da cultura*. Obras Escolhidas, vol. 1. São Paulo: Brasiliense, 1930/2012

CHAVES, E. *A Pulsão de Freud a Benjamin*. Revista Cult, n. 253, jan. 2020, p. 35-38.

LAURENT, É. Discussion. In: LAURENT, É. *L'autisme et la psychanalyse. Séries de la Découverte freudienne*, vol. VIII. Paris: Presses Universitaires du Mirail, 1992.

⁵ Fake: termo usado para denominar contas e perfis usados na internet para ocultar a identidade de um usuário, para proteger-se. Maker vem do verbo inglês make, que significa “fazer”. O termo anglófono é também uma gíria que serve para designar uma pessoa que realiza, faz, cria, fabrica.

MALEVAL, C. J. **Entrevista**. [Entrevista cedida ao Observatório de Políticas do Autismo]. Federação Americana de Psicanálise da Orientação Lacaniana, Escola Brasileira de Psicanálise. 2018, 1 vídeo (14 min 36s).

MALEVAL, J. C. **¡Escuchen a los autistas!** Buenos Aires: Grama Ediciones, 2012.

PÁSSAROS DO ORIENTE. Direção de Wash Westmoreland. Produção de Michael Pruss; Ridley Scott; Georgina Pope. Estados Unidos da América: Netflix Streaming Services, 2019. 1 vídeo (108 min).

THE CROWN. Criação e produção de Peter Morgan. Produção: Andrew Eaton; Andy Stebbing; Martin Harrison; Michael Casey; Andrew Eaton; Oona O’Beirn; Faye Ward. Estados Unidos da América: Netflix Streaming Services, 2016-2023. 6 temporadas, 60 vídeos (3.281 min).





RECRIAR CADA MOMENTO, ATRAVESSAR FRONTEIRAS:

Concepções, experiências e
desafios da Supervisão
Clínico-Institucional na
Atenção Psicossocial

SEÇÃO 4

■ O título da seção 4 foi inspirado na música “Ânima” de Milton Nascimento e Zé Renato. A música compõe o disco de mesmo nome, lançado em 1982, pela Gravadora Ariola/ Polygram.

■ As fotos utilizadas na abertura desta seção foram cedidas por: Dirley Lellis dos Santos Faria, Márcia Maria Rodrigues Ribeiro, Roberta Ecleide de Oliveira Gomes Kelly e Patricia Fernanda de Melo.

Notas sobre a supervisão clínico-institucional

Arnor José Trindade Filho¹

Introdução

A Supervisão Clínico-Institucional (SCI) é um fazer do campo da Saúde Mental. Trata-se, portanto, de um dispositivo da Reforma Psiquiátrica que só existe neste âmbito. A SCI foi instituída pela Portaria do Ministério da Saúde n.º 1.174, 07 de julho de 2005, que criou o Programa de Qualificação dos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) e serviu de base para os editais posteriores, seja em âmbito nacional, estadual ou local.

No ano de 2020, a Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais (SES-MG) publicou a Resolução n.º 7.168, que estabeleceu financiamento e critérios para a implantação da SCI em vários municípios mineiros. Esta Resolução foi muito importante, pois possibilitou aos municípios contar com esse dispositivo de educação permanente em todos os CAPS do estado. Essa decisão da SES ocorreu em um momento muito oportuno e favoreceu a qualificação da atenção em saúde mental. Esta proposta incidiu sobre os CAPS, principais agenciadores da Saúde Mental no território, mas também sobre as Redes de Atenção Psicossocial (RAPS) em diferentes municípios.

Assim percebida, a importância da SCI ultrapassa os CAPS, uma vez que é uma das suas funções promover, junto a esses serviços, ações no território. Em Minas Gerais podemos atestar o saldo positivo em muitas localidades, sem deixar de considerar os impasses e dificuldades que surgiram em alguns outros: seja na contratação; no desvio de função de

¹ O autor atuou como supervisor nos municípios mineiros de São Gonçalo do Rio Abaixo, Ribeirão das Neves e Pouso Alegre.

supervisores; na dificuldade de entendimento pelas redes da proposta de supervisão; na baixa qualificação do supervisor em alguns casos; e pouco apoio institucional para a realização do trabalho. Além disso, muitos municípios não aderiram à referida Resolução e não implantaram processos de supervisão. Apesar disso, reafirmamos o saldo positivo e a importância dessa experiência mineira para a consolidação da SCI enquanto potente dispositivo de educação permanente da Reforma Psiquiátrica Antimanicomial.

A chegada dos supervisores em muitos municípios mineiros foi acompanhada por diversos desafios. Um deles, que ocorreu com frequência, refere-se a uma expectativa equivocada em relação à supervisão. Em algumas localidades, nem a gestão, nem a equipe do serviço tinham muito conhecimento desse dispositivo. A maioria das Secretarias Municipais de Saúde não sabem o que vem a ser uma SCI. Há uma tendência a acreditar que é algo como uma supervisão de Enfermagem, como uma ação de gestão ou de checagem e verificação, um acompanhamento para verificar se as ações foram realizadas corretamente, se os protocolos foram cumpridos. Não raro, o supervisor é convocado ao lugar de gestão. A maioria das equipes e dos municípios nunca vivenciaram esse processo. Foi necessário, muitas vezes, que o supervisor instituisse a supervisão e sustentasse, junto às gestões e às equipes, os contornos necessários dessa atividade.

Definindo a Supervisão Clínico-Institucional

A supervisão, tal como concebemos, comporta três aspectos fundamentais: tem uma característica pedagógica, no sentido em que visa tornar as equipes mais preparadas para o enfrentamento das questões cotidianas; tem um aspecto institucional, que busca intervir nos processos da instituição, alterando os fluxos de trabalho; e, por fim, tem o aspecto clínico, que visa uma intervenção direta na clínica, sobretudo nas discussões de caso. Tais aspectos não estão isolados, eles se imbricam. Assim, podemos dizer que a supervisão é uma clínica da instituição, uma pedagogia da clínica e uma intervenção no serviço.

Segundo Delgado (2013),

Esta escolha de falar da Supervisão Clínico-Institucional (SCI) como dispositivo da reforma psiquiátrica e da clínica do território implica riscos de simplificação e mal-entendidos, por exemplo, de que as referências teóricas fundamentais da atenção psicossocial devam ser essencialmente novas e devam excluir, pela superação, as matrizes krapeliana e freudiana; tais matrizes permanecem como referências fundantes, mas não únicas ou necessariamente hegemônicas (Delgado, 2013, p.18).

A SCI vale-se, portanto, de três ferramentas principais: planejamento de metas e prioridade da instituição na relação com o território; análise permanente da organização do processo de trabalho e construção do cotidiano; e discussão e construção coletiva dos casos (Leal, 2008). Não se confunde com uma capacitação, pois, embora traga elementos de formação, não é uma pedagogia. Muito menos se confunde com uma consultoria. Embora produza metas e resultados, distancia-se da proposta pragmática desta última, uma vez que seu objeto principal não é a tarefa, no sentido da produção, mas o processo em todas as suas implicações singulares, relacionais e subjetivas. A SCI procura ler e entender as diversas camadas do processo de trabalho na clínica: a organização do trabalho, as *expertises* clínicas, os diferentes saberes em jogo, as relações humanas, as falas, as pausas, os silêncios.

Penso que a supervisão comporta elementos de uma terapia. É preciso que haja aproximação e distanciamento. Aproximação no sentido de que tanto o gestor quanto a equipe percebam o supervisor como um parceiro, que vai estar ali para ajudar a enfrentar os problemas complexos, mas um distanciamento para que ele não se torne um aliado, um refém dos sintomas da equipe. Assim, suas intervenções têm que ser pontuais.

Para essa tarefa, o supervisor precisa manter sua alteridade em relação à equipe e à gestão. E há que se cuidar para que seu papel não se confunda. É comum que as equipes convoquem o supervisor ao lugar do gestor, sobretudo quando a gestão não está bem estabelecida. Outras vezes, é comum que o gestor espere que o supervisor responda

como mais um técnico do serviço, um técnico mais experiente que possa ser acionado cotidianamente para apoiá-lo em suas decisões ou executar tarefas que outros profissionais não conseguiram. Em outras situações, como adverte Delgado (2013), há sempre o risco de que o supervisor assuma um papel de extensão da gestão.

Isso implica no processo, no método e nos tempos da supervisão. Para Sampaio (2013),

[...] a frequência mensal da supervisão reduziria o impacto sobre a rotina do atendimento, interrompendo a prestação de serviço à comunidade apenas um dia a cada 30, e permitiria o acúmulo de tentativas de solução pela equipe, no uso criativo de sua autonomia, dando tempo à maturação das ideias (Sampaio, 2013, p. 31).

Aqui cabe um parêntese: a supervisão não é um trabalho de gestão. Ela faz diagnóstico e propõe ações. Portanto, as metas só caminham se fizer sentido e tiver apoio da gestão e da equipe.

Ressalto, como já foi dito, que o trabalho do supervisor, tal qual concebemos, guarda muitas analogias com o trabalho de uma terapia. Neste sentido, as intervenções feitas pelo supervisor apontam caminhos, mostram horizontes, desvelam repetições e dependências ocultas nos processos. Por isso é necessário o tempo entre uma intervenção e outra: requer reflexão, maturação... há resistências que são esperadas e devem ser tomadas como material de trabalho. O processo é contínuo e o planejamento deve ser constantemente retomado, reavaliado e, se necessário, reformulado.

A atuação do supervisor clínico-institucional precisa movimentar os serviços, provocar reflexões, motivação, engajamento e mudança. Para isso, ele precisa lançar mão de todo aparato metodológico a sua disposição e ter autonomia para realização do trabalho. O trabalho é orientado por diretrizes técnicas, metodológicas, clínicas e políticas já bem estabelecidas no campo da Saúde Mental.

Cabe à supervisão estimular que os trabalhadores leiam textos, estudem os casos, capacitem-se, participem de palestras e cursos

sugeridos etc. Quanto mais envolvidos, quanto mais afetados, os trabalhadores podem permitir que a SCI invada outros espaços da vida, afinal, há um momento em que a postura profissional ultrapassa os contratos, que a clínica modifica também quem a pratica, que a ampliação da clínica ganha a cidade, que o tratamento e a formação se traduzem em cidadania.

O supervisor tem como responsabilidade colocar tudo isso em movimento. Sua responsabilidade, seu compromisso ético e sua disponibilidade são enormes. O supervisor é “aquele que maneja a clínica e os impasses do trabalho, requerendo um lugar de suposto saber e de reconhecimento pela equipe e cumprindo, assim, a função de alguém externo e interno ao mesmo tempo” (Alvarez, 2014, p. 51).

Por fim, queria destacar aqui dois aspectos muito importantes enquanto recurso da Reforma Psiquiátrica, da sua importância estratégica e política. A SCI tem um potencial de diagnóstico e um potencial de intervenção. Este lugar *êxtimo* do supervisor permite a ele ver e compreender aspectos da RAPS local que escapam aos atores diretamente envolvidos. Também permite intervenções responsáveis, mas não submetidas ao jogo político local.

O enquadramento da supervisão dentro dos protocolos meramente formais reduz o seu potencial de intervenção. Quanto mais enquadrado, menor o seu potencial, menor o seu impacto. Por isso há que se pensar em regimes de contratações que não deixem os supervisores tão à mercê das veleidades do poder local.

Conclusão

A Resolução da SES-MG disparou um processo que possibilitou a presença da SCI em muitos municípios mineiros. O tamanho da proposta, com implantação simultânea em muitos locais, trouxe alguns problemas: modelos de contratação, disponibilidade de profissionais qualificados, enfrentamentos locais e desvios de função. Não obstante, o saldo positivo é visível e contundente. Para citar

algumas ações, destacamos o apoio e mobilização de profissionais para a realização das conferências de saúde; empoderamento das equipes técnicas; articulação da rede através da promoção de pactuações e estabelecimento de fluxos; desenvolvimento de passo a passo para construção de projetos terapêuticos singulares; orientação para a condução do manejo de casos clínicos; organização e desenvolvimento do matriciamento mediante roteiros e agendas; reorganização dos processos de gestão; fortalecimento de parcerias intersetoriais; empoderamento político dos trabalhadores e usuários dos serviços; articulação e fortalecimento do controle social; orientação quanto a captação de recursos; criação e retomada de fóruns; fortalecimento da gestão colegiada; capacitação da equipe através de estudos teóricos de textos do campo da saúde mental; revisão de conceitos e da legislação local, dentre outras.

Resta à SES-MG, junto aos supervisores e aos municípios, fazer a leitura adequada desse saldo, do potencial da SCI para a atenção em Saúde Mental em Minas Gerais e traçar um diagnóstico deste processo, elencando as falhas e as boas experiências, de modo a implementar de forma mais frequente e qualificada futuras supervisões.

Num momento em que a RAPS está ameaçada em muitos municípios, com a pauperização dos serviços, a precarização das condições de trabalho e a contestação, por atores públicos e privados, do modelo adotado, a SCI reaparece em Minas Gerais como uma importante oportunidade de discutir e fortalecer as redes de cuidado e a Política de Saúde Mental Antimanicomial.

REFERÊNCIAS

ALVAREZ, P. E. S. Supervisão clínico-institucional: refletindo os princípios da reforma psiquiátrica. In: CONGRESSO VIRTUAL DE GESTÃO, EDUCAÇÃO E PROMOÇÃO DA SAÚDE, 3., 2014, [s. l.]. *Anais [...]*. São Paulo: [s. l.], 1994. Disponível em: https://www.convibra.org/congresso/res/uploads/pdf/2014_61_9492.pdf.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria n.º 1.174, de 07 de julho de 2005**. Destina incentivo financeiro emergencial para o Programa de Qualificação dos Centros de Atenção Psicossocial - CAPS e dá outras providências. Brasília, DF: Gabinete do

Ministro do Ministério da Saúde, 2005. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2005/prt1174_07_07_2005_comp.html. Acesso em: 16 jan. 2024.

DELGADO, P. G. Supervisão Clínica Institucional: conceito e história. In: MINAS GERAIS. Escola de Saúde Pública. **Supervisão em Saúde Mental**. Belo Horizonte: ESP-MG, 2013.

LEAL, E. M. A formação do supervisor de CAPS: três lições extraídas do processo de implantação da rede de atenção psicossocial do município do Rio de Janeiro. In: ALBUQUERQUE, P.; LIBÉRIO, M. (orgs.). **12 Anos de CAPS na Cidade do Rio de Janeiro – Revista da Escola de Saúde Mental**. ano 1. n. 1. Rio de Janeiro: dezembro de 2008.

MINAS GERAIS. Secretaria de Estado de Saúde. **Resolução SES/MG n.º 7.168, de 20 de julho de 2020**. Estabelece as regras de adesão, execução, acompanhamento, controle e avaliação do incentivo financeiro de custeio, em caráter excepcional, destinado à realização de supervisão clínico-institucional nos Centros de Atenção Psicossocial da Rede de Atenção Psicossocial do Estado de Minas Gerais, nos termos que menciona. Belo Horizonte: Secretaria de Estado de Saúde, 2020. Disponível em: <https://www.saude.mg.gov.br/images/documentos/RESOLU%C3%87%C3%83O%20SES%207168%20-%20CIB.pdf>. Acesso em: 16 jan. 2024.

SAMPAIO, J. Supervisão na atenção psicossocial territorial: Reflexões a partir da experiência do Ceará. In: MINAS GERAIS. Escola de Saúde Pública. **Supervisão em Saúde Mental**. Belo Horizonte: ESP-MG, 2013.

Contribuições da supervisão clínico-institucional para o cuidado compartilhado e interdisciplinar na atenção psicossocial

Carolina Esselin de Sousa Lino

Tulíola Almeida de Souza Lima

Este trabalho é escrito a partir do exercício da função de Supervisão clínico-institucional em dois diferentes municípios de Minas Gerais. Apesar das particularidades de cada uma das Redes de Atenção Psicossocial (RAPS) e dos modos singulares de acompanhamento do processo de supervisão pelos gestores locais, são levantados aqui temas comuns nestas práticas. Abordamos, assim, ao longo do texto, algumas articulações desenvolvidas entre equipes e serviços, considerando diferentes estratégias para o compartilhamento do cuidado e a construção de saberes entre múltiplas profissões e formações.

Importante destacar que atuamos, enquanto supervisoras, com o referencial do tratamento em liberdade, defendendo os princípios da Reforma Psiquiátrica antimanicomial e a tarefa coletiva de oferecer cuidado psicossocial, considerando as especificidades dos territórios em que cada serviço se encontra e que, simultaneamente, ajudamos a construir. Apostamos em ofertas de cuidado que acompanhem a dinamicidade da vida das pessoas e instituições, buscando assegurar direitos de cidadania e diálogo entre diferentes políticas públicas.

Trabalhadores da RAPS têm relatado, no contexto atual, a necessidade de considerarmos marcadores distintos das condições de vida e saúde ao refletirmos sobre perspectivas clínicas ampliadas e sobre barreiras de acesso a determinados serviços e direitos. São convites para incluirmos como referenciais outros fatores que causam sofrimento na população atendida, pensando nas composições

subjetivas para além dos diagnósticos e patologias, como ressaltado também por Ramos e Gonzales (2017).

Dentro desta mesma perspectiva do sofrimento psíquico, encontramos, há mais de quatro décadas, alertas dos riscos da superespecialização nas Ciências Humanas. Japiassu (1976) nomeou essa tendência como patologia do saber, ao afirmar que os reducionismos e a compartimentação do conhecimento não oferecem respostas satisfatórias diante da complexidade de problemas eminentemente humanos, tais como o sofrimento psíquico e as vulnerabilidades sociais. Além disso, afirma que a especialidade tem se transformado “cada vez mais em fortaleza, dando curso à sua vontade de poder e de dominação” (Japiassu, 1976, p. 95). Desta forma, o autor ressalta a importância de uma perspectiva mais integral diante desses fenômenos. Neste mesmo sentido, Yasui e Costa-Rosa (2008) sugerem que o paradigma da atenção psicossocial requer abordagem inter e transdisciplinar, como modo de desenvolvermos ações de cuidado em saúde mental articuladas ao campo da saúde coletiva. São desafios com os quais lidamos, na medida em que as formações profissionais ainda se baseiam muito em modelos hegemônicos médico-centrados.

No que se refere a fenômenos tão complexos quanto às loucuras, foi justo e necessário que tenhamos extrapolado o paradigma médico e *psí* centrado para irmos em direção à consideração dos múltiplos determinantes da saúde mental. Podemos exemplificar ao compararmos um caso em que uma mulher, com baixíssima renda, esta proveniente do comércio de latinhas, morando sozinha em barracão próprio e sem apoio social, longe da família e dos amigos, apresentando uso contumaz de crack, com outro caso em que um homem de mesma idade, fazendo uso abusivo de crack, mora na rua, porém, com apoio da família e amigos. A mulher, não apenas pelas dificuldades impostas pelo machismo estrutural, mas também pela ausência de rede de apoio, provavelmente apresentará maior número de crises e agravos à saúde do que o homem, mesmo que este esteja morando na rua, o que

também pode ser uma vulnerabilidade. Assim, desde a sua implantação, os serviços substitutivos da Atenção Psicossocial no Brasil lidam com condições que extrapolam muito os fatores individuais do sofrimento psíquico. No dia a dia dos serviços substitutivos podemos observar a pequena influência de fatores individuais no sofrimento psíquico, tais como genética e idade, se comparado à enorme extensão dos fatores psicossociais.

É devido a essa constatação que o trabalho em Saúde Mental, além de ser multiprofissional, pois conta com profissionais de diferentes formações, é sobretudo interdisciplinar, ou seja, é construído pela interação e intersecção de vários saberes, sem que haja hierarquia entre eles. Para que um grupo de profissionais formados em disciplinas muito diferentes chegue a funcionar como uma equipe interdisciplinar verdadeiramente colaborativa e horizontal, é necessário, de acordo com as contribuições de Japiassu (1976), ser garantido que, no mínimo, os profissionais mantenham encontros semanais. Mais que a troca de informações e o enriquecimento das propostas de cuidado, os encontros devem qualificar as próprias relações ali estabelecidas, tendo-se em vista o objetivo compartilhado por todos. O objetivo em comum entre os vários profissionais da Saúde Mental e os diferentes serviços é zelar pela melhoria da qualidade de vida das pessoas que ali se cuidam, o que inclui dimensões socioeconômicas, de saúde física, familiares, de lazer, de atividades ocupacionais, de processos biológicos, de autonomia e liberdade, de subjetividade etc.

Portanto, rompe-se com a compartimentação do saber e busca-se, através da inauguração de um novo paradigma, a construção de um conhecimento integrado e inédito cujo centro é o sujeito. Cada usuário do serviço é único e traz consigo uma história própria, na qual se interseccionam, de forma também única, diversas dimensões da vida, determinando gatilhos singulares de sofrimento. Desta forma, a cada caso, um novo saber é construído e a escolha das condutas terapêuticas é particularizada, dependendo de cada usuário do serviço. Não se tem,

de antemão, respostas prontas. Trata-se de uma *práxis* orientada por singularidades e compartilhada por profissionais de formações teóricas diferentes. Encontramos, então, no mínimo, dois grandes desafios: um que se refere ao saber pouco elaborado e pouco reconhecido com o qual cada sujeito chega ao serviço; e outro que diz respeito à pluralidade de saberes e olhares técnicos da equipe que o recebe e o acompanha.

Percebe-se, então, uma enorme dificuldade em estabelecer um vazio de saber na equipe institucional para que o saber singular de cada história de vida possa emergir. Esse vazio de saber é primordial para que tanto o sujeito em acompanhamento quanto a interdisciplinaridade possam se desenvolver na direção de um ganho de saúde. Percebemos que, na maioria dos serviços substitutivos de atenção psicossocial, há uma grande dificuldade para a consideração da singularidade de cada caso e também da potência criativa e transformadora das chamadas constelações. Isso dificulta tanto a adesão ao tratamento quanto o desenvolvimento de recursos de intervenção por parte da equipe. Muitas vezes, observa-se uma padronização das condutas, sem espaço para o inesperado e para a criatividade. Desta forma, perpetua-se um discurso e uma prática manicomial que em nada favorecem a autonomia e a saúde das pessoas. Ao contrário, mantêm e intensificam a opressão nas relações.

De acordo com Oury (2009), a constelação é um arranjo social de abordagem indireta e muito eficaz no tratamento do sujeito psicótico. Desta forma, uma constelação heterogênea, ou seja, composta por relações e pessoas diversas no entorno do sujeito, produz efeitos terapêuticos na forma como ele se apresenta. Assim também, se há uma redução de constelações ou mesmo uma tendência à homogeneização, ocorrem efeitos negativos e doentios, tanto nos usuários do serviço quanto nos profissionais.

Nesse sentido, afirmamos uma não fixação da subjetividade na interioridade do indivíduo e preferimos pensar o sujeito como resultado de linhas de forças que constantemente se reconfiguram. Nesta

direção, falamos de subjetividade não como uma suposta interioridade alheia às múltiplas condições de vida e do contexto situacional. Ao contrário, considera-se a abertura para inúmeras possibilidades, num devir rizomático que resiste à fixação e ao fechamento de um campo individual.

Oury(2009)tambémcontribuicomabuscapelainterdisciplinaridade e pela intersetorialidade ao considerar algumas características importantes para que uma equipe venha a funcionar como desejado no cuidado às pessoas com sofrimento psíquico, rompendo com a cientificização e com o enfoque nas realidades internas individuais. O autor afirma, na mesma direção do pensamento de Nise da Silveira, que a gentileza, a disponibilidade e o bom contato geram eficácia no tratamento do sofrimento psíquico. Assim, a qualidade do laço social estabelecido e o contexto social de situações (constelação) exercem uma grande influência na saúde ou no sofrimento psíquico.

Como consequências institucionais de práticas nada ou pouco colaborativas, compostas por vínculos pouco criativos, vemos o risco de que o serviço marcado por essa realidade se torne um serviço de “apagamento de incêndio”, com registro de grande número de intercorrências que desafiam os processos de trabalho: encaminhamentos inadequados que requerem articulações permanentes; solicitações de internação – tão comumente expressas por familiares; pedidos de renovação de receitas devido à falta de recursos humanos na Atenção Primária à Saúde (APS); entre outros exemplos que, somados, impactam na qualidade do cuidado ofertado e geram sentimento de sobrecarga no trabalho, tantas vezes escutado ou observado.

Relacionado a isso, consideramos como pano de fundo as disputas entre disciplinas, seja entre a Psicanálise e a Análise Institucional, seja entre Assistência Social e Psicologia, entre o saber médico e os demais, entre a APS e a Atenção Especializada. A falta de um diálogo profícuo entre diferentes lugares e saberes funciona como obstáculo à

interdisciplinaridade e ao cuidado efetivo. Sendo a interdisciplinaridade considerada, justamente, como colaboração verdadeira entre os saberes, no sentido de evitar hierarquia entre eles e usar a diferença de perspectivas como potência de construções terapêuticas e sustentação de respostas no cotidiano de trabalho.

Este artigo é uma tentativa de sistematização de contribuições da Supervisão clínico-institucional (SCI) diante destes desafios, em elaborações teóricas que compartilhamos através dos temas trabalhados durante encontros e ações com a supervisão. Ressaltamos que as discussões de caso interdisciplinar e intersetorial, com ou sem o apoio da SCI, são fundamentais não apenas para o sucesso do projeto terapêutico a ser formulado, mas também para a formação dos profissionais. Além de garantir que o saber produzido nas reuniões tenha como centro o sujeito e a produção de condições para sua autonomia, a construção do caso clínico também deve possibilitar o saber interdisciplinar e singular. Assim, o saber construído a cada caso e a partir de cada sujeito é, antes de qualquer coisa, uma *práxis*, na medida em que articula teoria e prática.

Neste sentido, durante o fazer com as equipes, devemos evitar longas explanações teóricas se elas não contribuirão para orientar a prática. As reflexões são retomadas a partir do sentido que as ações de cuidado indicam e podem derivar, em outros momentos, de desenvolvimento do saber sobre a experiência, ou não, conforme os vínculos estabelecidos e os acordos no trabalho em rede. Ressaltamos, assim, a supremacia da experiência, das ações e da prática.

Percebemos, na equipe interdisciplinar, dois movimentos que ocorrem simultaneamente e que dificultam o trabalho. O primeiro, com relação a profissionais e saberes externos à equipe, é o movimento que o profissional faz buscando uma identificação com a sua classe profissional, cujo “troféu” é o domínio da teoria. O segundo, interno à equipe, é um movimento que assinala e acirra divergências com relação a outros saberes, gerando disputas que afastam a conversação dos

objetivos principais de produzir saúde, autonomia e liberdade. Desta forma, o risco é algo muito comum: a inércia e a falta do desejo de saber, já que se pressupõe um saber pronto e acabado que bastaria replicar de forma homogeneizante a todos os usuários do serviço. De acordo com Deleuze e Guattari (1996), pensamos no funcionamento da realidade através de produções, reproduções e conexões. No plano molecular, ou micropolítico, não temos apenas expansão por conexões, produzindo desejo e vida, mas temos também os microfascismos, em que afetos de ressentimento, insegurança e pessimismo conduzem à negação da diferença. O risco premente é a homogeneização das condutas e a consideração do outro como inimigo, dificultando assim a formação de constelações efetivas para o cuidado.

Assim, a presença de profissionais de formações diferentes não garante a interdisciplinaridade e, muitas vezes, devido a microfascismos e a fenômenos de grupo, a torna impossível. O interdisciplinar em jogo é, antes de qualquer coisa, um modo de pensar, de construir e conduzir o caso clínico com uma perspectiva integral da vida da pessoa em sofrimento. Imbuído de um novo paradigma da *práxis* em saúde mental, voltado para a consideração interseccional dos fatores envolvidos no sofrimento psíquico, qualquer profissional tem condições de atuar de forma interdisciplinar e integrada, sem estar, necessariamente, junto a profissionais de formação heterogênea. Salvaguardando as atividades restritas a cada profissão, basta que as equipes tenham formação continuada, apoio e supervisão para isso.

A SCI cumpre essa função de contribuir na formação dos profissionais da Atenção Psicossocial, independentemente da área de formação destes. De acordo com Oliveira e Passos (2015), essa é uma função que também produz subjetividades, sendo que uma de suas principais contribuições enquanto apoio institucional diz respeito ao agenciamento de coletivos com capacidade crítica e qualificados não apenas para a intervenção, mas sobretudo para conexões e agenciamentos. É pelo cuidado compartilhado que as constelações

formadas com a finalidade de oferecer atenção e cuidado às pessoas em sofrimento mental acabam por ganhar relevância em detrimento de uma visão determinista e individualista do sofrimento. Busca-se alcançar, deste modo, um compromisso ético com o que a atenção psicossocial requer de seus agentes, diante de desafios do momento presente.

Como não poderia deixar de ser, é na Filosofia que encontramos embasamento para a *práxis* interdisciplinar. Na vertente conhecida como Filosofia da Diferença, ou Esquizoanálise, tal como desenvolvida por Gilles Deleuze e Félix Guattari, encontramos conceitos como o rizoma: proposta que nos auxilia a elaborar algo sobre a sobredeterminação e a interseção sem forma pré-definida de determinantes múltiplos da saúde mental. Para esses autores, um rizoma é composto por conexão de linhas de segmentaridade dura, linhas de segmentação maleável e linhas de fuga, diferentes linhas que atravessam tanto os grupos e os indivíduos quanto as instituições sociais, compondo nossos territórios individuais, grupais ou coletivos (Deleuze e Guattari, 1996). Tais linhas transformam-se e penetram-se umas nas outras, formando um rizoma que se estende como um mapa aberto a ser traçado o tempo todo. É nesse sentido que descrever a dimensão rizomática da realidade nos leva à abertura também do campo epistemológico a ser considerado na formação permanente das equipes de saúde.

A SCI, diante do desafio da interdisciplinaridade e da intersetorialidade, tem muito o que contribuir. A partir desta função, podemos acompanhar os processos de articulação de rede nos municípios em que atuamos como supervisoras, tendo como princípio o cuidado em liberdade, tal como defendido pela luta antimanicomial, e o paradigma da atenção psicossocial. A supervisão pode ser desenvolvida conforme um dispositivo para apoiar a construção de práticas que sustentem a cidadania das pessoas em situação de sofrimento mental, contribuindo também para sua autonomia.

Desta forma, a relação entre diferentes saberes e campos de atuação profissional, nas redes de atenção à saúde, bem como nas demais políticas públicas, coloca-se como necessidade e, no entanto, desafio cotidiano. Tais interlocuções pressupõem que diferentes serviços, equipamentos e atores tenham bons encontros, no sentido spinozista¹, e consigam planejar suas ações de modo convergente, somando e compondo as potencialidades, conforme necessidades dos territórios. A intersectorialidade, neste sentido, é convocada como requisito essencial para que os objetivos destas políticas sejam alcançados, tendo a integralidade de ações como modo de superação das vulnerabilidades da população e como práticas efetivas de equipes e operadores (Romagnoli; Silva, 2018).

Enquanto dispositivo para criação de saídas coletivas para os impasses das práticas, a SCI contribui com a criação de zonas de indagação e reflexão sobre o próprio fazer das equipes, refazendo possibilidades de agenciamento entre as diferentes perspectivas profissionais e institucionais a respeito das estratégias de cuidado, por sua vez singularizadas. Conforme desenvolvido por Romagnoli e Silva (2018), nos espaços para construção sobre as práticas e seus efeitos, podemos apostar na processualidade das interações entre diferentes concepções teóricas, buscando, assim, outras associações entre estratos e forças. Em uma releitura a partir da esquizoanálise, podemos, com estas autoras, afirmar que, via SCI, é possível nos retirarmos de certa fixidez de alguns de nossos modelos técnicos e conceituais, a favor de reinvenções das práticas no campo da saúde mental. Se os espaços de articulação de redes permitem o conhecimento a respeito do funcionamento de outros serviços, temos mais condições de evitar os excessos de especialismos, favorecendo o diálogo entre diferentes saberes: “Nesse rizoma, linhas duras coexistem com linhas flexíveis

¹ Para Espinosa, bons encontros são aqueles em que corpos e ideias se compõem entre si, aumentando a potência e o desejo de agir de coletivos (Deleuze, 2002).

que permitem operar no coletivo e traçar linhas de fuga frente à reprodução, em uma tessitura própria de algo que está em construção” (Romagnoli; Silva, 2018, p. 39).

As perguntas direcionadas à equipe, “que diabos estamos fazendo aqui?” ou “qual o desejo de vocês por estarem aqui?”, propostas por Oury (2009), quando o supervisor se vê diante de desafios tais como disputas por prestígio na equipe, desconfiças internas, divergências acirradas entre saberes diversos etc., têm a potência de reconfigurar relações, de modo a promover abertura para um cuidado realmente compartilhado e colaborativo, pautado na ética. Afinal, nada mais antiterapêutico do que uma equipe composta por pequenos “feudos” que não conversam entre si. Em alguns momentos do processo de supervisão pudemos, assim, sustentar perguntas que serviram como motor de trabalho para as equipes, de modo que as respostas para impasses e reorientações clínicas fossem construídas coletiva e processualmente, visando melhor adequação às necessidades de usuários(as) acompanhados(as).

Além disso, a SCI também exerce a função de apontar os pontos de convergência entre os saberes e entre equipes, e também pontos de sobre-determinação de diferentes determinantes do sofrimento, tal como aprendemos através das contribuições da teoria da interseccionalidade e suas articulações com contextos de vida de pessoas em situação de vulnerabilidades (Romagnoli, 2022). Ao considerarmos o encontro de vulnerabilidades para o sofrimento, tais como o sexo, o gênero, a raça, o apoio social, a moradia, o acesso à educação e à renda etc., também devemos considerar o entrecruzamento de saberes de diferentes fontes como forma de cuidar de situações tão complexas. As equipes envolvidas na atenção psicossocial, a partir deste entendimento e para além das áreas de formação ou localização na rede, devem ser preparadas para atuar como uma máquina abstrata e complexa, chamada por Oury (2009) de Coletivo, que trata a alienação, seja ela social ou mental, produzindo singularidades ao permitir, entre outras

coisas, a emergência do dizer, a circulação da palavra e a abertura ao inesperado.

Outra aposta que se mostrou interessante e profícua na busca pela formação do Coletivo foi o incentivo ao bem-dizer de cada componente desta máquina “desalienante”, produtora de saúde e autonomia. Assim, a supervisão também exerce a função de forçar um pouco mais o bom uso da linguagem em nome de um entendimento entre os profissionais, combatendo maneirismos e tecnicismos que apenas reforçam o uso excessivo da imaginação, as vaidades individuais, de classe ou setoriais. A formação permanente em saúde mental não se reduz, assim, a conteúdos teóricos. E a SCI, enquanto dispositivo de formação, produz também subjetividades capazes de lidar com a diferença e atuar em rede, abrindo linhas de fuga contra “bairrismos”, opressões e microfascismos.

Temos acompanhado processos de articulação de redes e saberes interdisciplinares que nos convidam a revisitarmos conceitos dos nossos pressupostos teóricos, tentando manejar os impasses das práticas. Apesar dos esforços, pensamos, tal como sugerido por Bezerra-Júnior (1993), que ainda temos muito a avançar no entendimento sobre os efeitos não apenas das constelações, mas também dos contextos sócio-históricos nas subjetividades. Por isso defendemos uma aliança permanente entre o viés clínico e o político da atenção psicossocial, pela qual poderemos seguir nossa escuta e nossos movimentos de cuidado compartilhado entre diversos atores, serviços e redes. São muitos os caminhos “para superar as amarras ideológicas e conceituais” (Bezerra-Júnior, 1993, p. 144), às quais as práticas e teorias se mantêm atadas. Até aqui trilhamos algumas destas possibilidades, enquanto outras tantas permanecem em aberto...

Resta, para concluir, afirmar que a perspectiva que ultrapassa a dimensão individual do sofrimento, defendida aqui, não pretende invalidar o papel da genética, da personalidade e das estruturas clínicas freudianas, mas ressalta, sim, que o sofrimento psíquico deve

ser entendido e tratado de forma integral, considerando as diversas dimensões psicossociais e intersetoriais como determinantes da saúde ou dos transtornos.

REFERÊNCIAS

BEZERRA-JÚNIOR, Benilton. Grupos: cultura psicológica e Psicanálise. In: LANCETTI, Antonio (org.). **Saúdeloucura**, 4. São Paulo: Hucitec, 1993. p. 129-144.

DELEUZE, Gilles; GUATTARI, Félix. Mil Platôs: capitalismo e esquizofrenia. v.3. São Paulo: Editora 34, 1996.

DELEUZE, Gilles. **Espinosa: Filosofia Prática**. São Paulo: Escuta, 2002.

JAPIASSU, Hilton. **Interdisciplinaridade e patologia do saber**. Rio de Janeiro: Imago, 1976.

OLIVEIRA, Joana Angélica Macedo; PASSOS, Eduardo. Efeitos transversais da supervisão clínico-institucional na Rede de Atenção Psicossocial. In: BRASIL. Ministério da Saúde. **Cadernos HumanizaSUS**, vol. 5. Brasília: Ministério da Saúde, 2015. p. 147-161.

OURY, Jean. **O coletivo**. São Paulo: Hucitec, 2009.

RAMOS, Carolina; GONZALES, Zuleika. **Interseccionalidade e saúde mental: um olhar para a raça e gênero [no CAPS] pelos caminhos do pensamento descolonial**. In: SEMINÁRIO INTERNACIONAL FAZENDO GÊNERO, 11.; WOMEN'S WORLD CONGRESS, 13, 2017, Florianópolis. Anais eletrônicos [...]. Florianópolis: Instituto de estudos de gênero - UFSC, 2017. Disponível em: http://www.en.wwwc2017.eventos.dype.com.br/resources/anais/1499470106_ARQUIVO_trabalho.fazendogenero.pdf. Acesso em: 22 abr. 2023.

ROMAGNOLI, Roberta. Psicologia brasileira e políticas públicas: capturas e resistências. **Psicologia: Ciência e Profissão**, Brasília, 42 (n.spe), p. 1-12. 01 ago. 2022.

ROMAGNOLI, Roberta; SILVA, Bruna. Os desafios das equipes na prática intersetorial com as famílias. In: ROMAGNOLI, Roberta (org.). **A intersetorialidade e seus desafios**. Curitiba: CRV, 2018. p. 29-42.

YASUI, Silvio; COSTA-ROSA, Abílio. A Estratégia Atenção Psicossocial: desafio na prática dos novos dispositivos de Saúde Mental. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 32, n. 78-79-80, p. 27-37. 2008. Disponível em: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=406341773003>. Acesso em: 23 abr. 2021.

A supervisão clínico-institucional enquanto dispositivo contínuo no campo da atenção psicossocial: uma construção com a gestão

Fabiana Pimenta de Almeida
Márcia Maria Rodrigues Ribeiro

1. Introdução

Este artigo possui como proposta produzir reflexões teórico-práticas sobre o processo de Supervisão Clínico-Institucional (SCI) vivenciado pelas autoras em cidades de médio porte do Estado de Minas Gerais. Considerando que na maioria das cidades brasileiras o processo de SCI não ocorre regularmente, surge o interesse em fundamentar a importância da permanência desse dispositivo no campo da atenção psicossocial como um instrumento potente para o fortalecimento da Reforma Psiquiátrica brasileira, ponderando essa ferramenta como uma aliada da gestão dos serviços, uma vez que ela promove a qualificação do cuidado em saúde mental no território.

A presença da supervisão clínico-institucional no campo da atenção psicossocial viabiliza um dinamismo e uma mobilização importantes no cotidiano dos serviços, envolvendo a equipe como um todo. No processo de SCI, os envolvidos são convidados a uma reflexão teórico-prática que ativa, articula e organiza a construção de uma rede de cuidado em liberdade do sujeito com sofrimento psíquico nas cidades. Mas, segundo Devera e Yasui (2022, p. 248) “[o] supervisor ocupa um lugar de absoluta tensão entre os campos da gestão e da clínica. Que lugar de absoluta tensão é esse? É o lugar do vivido, onde ressoam as contradições”. Esse lugar do vivido, e muitas das vezes cheio de contradições, permite revelar e escancarar nos serviços a existência do sofrimento do indivíduo e da necessidade da construção do cuidado singular e integral.

A prática da SCI no campo da atenção psicossocial causa e estimula um coletivo, pois o seu desenvolvimento pressupõe a participação de uma equipe multidisciplinar, um fazer para além do espaço físico do serviço, um olhar para “além dos muros”, haja vista que o cuidado é em liberdade. Como bem salientam Severo, L’Abbate e Campos (2014),

[a] organização do trabalho deve apresentar uma lógica de cooperação entre diferentes profissionais, serviços e gestão-administração. O trabalho da assistência torna-se indissociado do trabalho da gestão, pois os processos decisórios devem perpassar o cotidiano dos serviços, existindo a horizontalização de saberes e de decisões (Severo; L’abbate; Campos, 2014, p. 547).

Em confluência com esses pressupostos, a permanência da SCI nos dispositivos da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) revigora o cotidiano dos serviços e potencializa a defesa da Reforma Psiquiátrica brasileira.

2. O campo da Atenção Psicossocial e a Supervisão Clínico-Institucional: parceria pujante para o cuidado em liberdade

O movimento do processo de mudança da política de saúde mental no Brasil é anterior à promulgação da Lei Federal n.º 10.216, de 6 de abril de 2001, também conhecida como Lei da Reforma Psiquiátrica, a qual institucionalizou um novo modelo de tratamento aos transtornos mentais no país (Brasil, 2001). Nas décadas de 1970 e 1980, diante de inúmeras denúncias de maus-tratos e desumanização do modelo asilar hospitalocêntrico, ocorrem diversas mobilizações dos setores envolvidos num período eferescente da Reforma Sanitária brasileira, que culminou no processo da Reforma Psiquiátrica. Concebidos como uma proposta que indica um modelo de cuidado de base territorial, constituído por equipes multidisciplinares, os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) são serviços de “porta aberta” e estratégicos para o cuidado da saúde mental do cidadão nas cidades. Eles se estabelecem como serviços que atuam sob a ótica interdisciplinar para o atendimento às pessoas com transtornos mentais graves e

persistentes, incluindo aquelas com problemas em decorrência do uso prejudicial de álcool e outras drogas. Estes vêm sendo estruturados nas cidades gradativamente, no entanto é sabido também que não em número suficiente diante da necessidade da população.

Desta maneira, Costa-Rosa (2000, p. 151) sublinha que, “[por] oposição ao modo asilar [...] proponho designar modo psicossocial ao paradigma que vai se configurando tendo por base as práticas da reforma psiquiátrica”. Sendo assim, o cuidado no campo da atenção psicossocial acompanha as diretrizes e os princípios da Reforma Psiquiátrica brasileira, sendo essa uma das premissas de base para o desenvolvimento das práticas da supervisão clínico-institucional nos serviços de saúde mental.

A ampliação do novo modelo da política de saúde mental, respaldado na Reforma Psiquiátrica e nos princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde (SUS), vem sendo construída visando a um cuidado amplo e integral com vários pontos de atenção. Ademais, é importante destacar a construção de uma Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), consolidada com a publicação da Portaria n.º 3.088, de 23 de dezembro de 2011, e constituída por diferentes pontos de Atenção, que integram os seguintes componentes da rede: Atenção Básica; Atenção Psicossocial Especializada; Atenção às Urgências/Emergências; Atenção Hospitalar; Componente Residencial de Caráter Transitório; Estratégia de Desinstitucionalização; Estratégia de Reabilitação Psicossocial (Brasil, 2011). Essa proposta de ampliação do desenho do cuidado da atenção psicossocial nos diversos pontos de atenção vem, em suma, estruturando-se como o campo da atenção psicossocial e, conseqüentemente, por meio do qual a SCI poderá atuar e reafirmar a atenção integral, humanizada e a garantia dos direitos.

Diante desse cenário, constituído por vários componentes de cuidado voltados para pessoas com sofrimento mental e/ou que fazem uso prejudicial de álcool e outras drogas, a atuação do supervisor clínico-institucional apresenta-se como uma prática de ativação e atualização

no processo de trabalho. Tem-se como ferramenta o uso da escuta e da palavra para mobilizar e envolver os profissionais na construção coletiva dos casos clínicos, considerando os fatores biopsicossocioculturais, clínicos e políticos envolvidos (Devera, 2022).

Na prática da SCI nas unidades de saúde mental, deparamo-nos com equipes que apresentam um discurso que anuncia e parece conhecer a lógica da atenção psicossocial, porém exercem por vezes uma prática ambulatorial tradicional, engessada, limitando a construção de um cuidado integral. Desta maneira, o papel do supervisor passa pela postura de “ouvir essa contradição, o que gerava um sofrimento [...] e se fazer operar a política. O exercício é de cuidado da equipe, mas fomentando nela e com ela as transformações necessárias na direção do paradigma da atenção psicossocial” (Devera; Yasui, 2022, p. 248). Essa contradição é identificada como um desafio recorrente no fazer da SCI: enxergar quando as equipes não conseguem avistar esse descompasso. Sendo assim, a existência de um profissional que esteja nesse papel interno-externo poderá contribuir para a transformação e o avançar deste cenário. E, com relação direta a esse papel, segundo Devera (2022), é importante pensar que

[a] SCI, como campo de reflexão crítica, fundamenta sua prática no serviço e no território, através da equipe concebida como um coletivo. Esse coletivo, em sua dimensão clínico-política e ética, fundamenta seu projeto clínico-institucional, promovendo a construção de referenciais comuns, potencializando a criação de novas estratégias de cuidado. (Devera, 2022, p. 53).

Compreende-se, desse modo, a ampla dimensão do papel da supervisão clínico-institucional no campo da atenção psicossocial que, além de problematizar o cuidado oferecido às pessoas com sofrimento mental, promove uma reflexão crítica, clínico-política e ética junto aos usuários, aos trabalhadores e à gestão. Estes atores têm um lugar fundamental para a manutenção e a continuidade do cuidado integral e para a garantia dos princípios e diretrizes da Reforma Psiquiátrica no Brasil, que defende na sua essência o cuidado em liberdade.

A supervisão clínico-institucional é um dispositivo estratégico para a Rede de Atenção Psicossocial e, como parte do fortalecimento do cuidado, favorece encontros e reflexões sobre as relações de poder e de saberes. De acordo com Foucault (1977 *apud* Agamben, 2009, p. 28), o dispositivo “tem, portanto, uma função eminentemente estratégica [...] de relações de forças que condicionam certos tipos de saber e por ele são condicionados”. Desta maneira, este dispositivo pode provocar trocas, estimular as equipes, a gestão e o território, potencializando novas formas de cuidado e de garantia de direitos, contribuindo com uma política de saúde mental de base territorial que vise a autonomia e a cidadania das pessoas em sofrimento mental e que fazem uso prejudicial de álcool e outras drogas.

Se efetivada em sua integralidade, nos territórios onde a vida acontece, a proposta da atenção psicossocial, assessorada pela SCI, a qual reproduza e defenda uma política que preza pelos princípios da Reforma Psiquiátrica brasileira, poderá contribuir com um cuidado que potencialize “um reposicionamento do sujeito de tal modo que ele, em vez de apenas sofrer os efeitos desses conflitos, passe a se reconhecer, por um lado, também como um dos agentes implicados nesse ‘sofrimento’; por outro, como um agente da possibilidade de mudanças” (Costa-Rosa, 2000, p. 155), o que viabilizará assim a autonomia desse sujeito na responsabilização da sua própria saúde e na sua relação com a vida.

3. Entre o clínico e o institucional: os lugares e os afetos da supervisão e do supervisor

No curso da Reforma Psiquiátrica brasileira, a supervisão clínico-institucional foi formalizada através da Portaria do Ministério da Saúde n.º 1.174, de 7 de julho de 2005, para organizar, sistematizar e estimular o desenvolvimento de programas de educação em serviço, dentro da política preconizada pelo Programa de Qualificação do Atendimento e da Gestão dos CAPS. A Portaria ainda define a forma como serão

financiadas as supervisões, bem como suas diretrizes de funcionamento (Brasil, 2005).

As primeiras experiências de supervisão operaram no campo clínico, promovendo estudos de caso, discussões teóricas, reflexões críticas acerca do cotidiano dos serviços etc.,

[o] que revelou a discussão sobre as políticas públicas de subjetivação em serviços de saúde mental, nos fornecendo pistas para problematizar três formas de cronicidade constituídas a partir dos modos de atenção e de gestão do cuidado em serviços substitutivos de saúde mental: 1) cronicidade dos usuários, 2) cronicidade dos profissionais [e] 3) cronicidade dos dispositivos em saúde mental. Quando se põe em análise esses três modos de cronificação chama atenção os efeitos-subjetividade – de retração, constrangimento e esfriamento – que expandem a relação manicomial para além dos muros do manicômio. (Oliveira; Passos, 2012, p. 173, grifo nosso).

A supervisão clínico-institucional é uma estratégia importante para transformar os modos de gestão do trabalho e da clínica desenvolvidos nos serviços substitutivos de saúde mental. Ela é realizada de forma a sustentar a proposta de uma gestão partilhada da clínica, que auxilie os profissionais a enfrentarem os impasses institucionais frequentes no cotidiano do trabalho coletivo (Severo; L'abbate; Campos, 2014). De maneira eficaz, o trabalho da SCI proporciona aos trabalhadores procedimentos mais afinados de intervenção e de abordagens terapêuticas, facilitando para eles uma escuta que permita uma melhor compreensão dos problemas, pois abre margem para que compartilhem coletivamente os níveis de conhecimento teórico e manejo técnico.

Devera e Yasui (2022) afirmam, contudo, que o supervisor clínico-institucional ocupa um lugar de absoluta tensão entre os campos da gestão e da clínica: lugar da prática, do vivido, das contradições. Isso ocorre porque uma equipe pode se afirmar desejosa da lógica da atenção psicossocial, mas operar na lógica ambulatorial tradicional. O supervisor, por seu turno, ouve essa contradição, a qual pode gerar angústias nas equipes diante da urdidura de se fazer operar a política. O exercício é de cuidado da equipe, mas fomentando nela e com ela

as transformações necessárias na direção do paradigma da atenção psicossocial (Devera; Yasui, 2022).

Uma das questões centrais na supervisão em saúde mental é como o institucional atravessa o clínico, ou seja, como as condições de trabalho, as normas e as políticas públicas influenciam a prática dos profissionais que atuam na Rede de Atenção Psicossocial (RAPS). A supervisão deve ser um espaço de reflexão crítica sobre essa relação, buscando identificar os desafios, as contradições e as possibilidades de transformação da realidade (Yasui, 2010). Esta também deve favorecer o diálogo entre os diferentes saberes e fazeres que compõem a equipe multiprofissional, valorizando a interdisciplinaridade e a intersetorialidade. Assim, a supervisão em saúde mental pode contribuir para a construção de um cuidado integral, humanizado e emancipatório para os usuários de tais serviços. Na prática cotidiana do trabalho do supervisor, essa mediação entre as questões institucionais e de gestão ultrapassa a função clássica de supervisor da clínica, aquele que promove apenas discussões de casos clínicos e aprofundamento teórico.

Por outro lado, o trabalhador de saúde mental, ao participar da SCI, é instado a reconhecer os efeitos da instituição sobre sua subjetividade, sua relação com os usuários e sua inserção na equipe. A supervisão também possibilita aos técnicos questionar as normas e os valores que regem a instituição, bem como propor mudanças que favoreçam uma atenção mais humanizada e integral aos usuários (Oliveira; Passos, 2012).

De modo mais essencial, o manejo clínico atravessa a gestão institucional na supervisão em saúde mental (Costa; Abrahão, 2022), ao mesmo tempo que é atravessado por ela, num movimento dialético que visa à construção de um saber-fazer ético e comprometido com o caráter singular de cada sujeito – fundamento da clínica na Atenção Psicossocial – e com a transformação social.

4. Supervisão Clínico-Institucional: uma ferramenta de gestão?

O modelo de atenção psicossocial baseado no atendimento humanizado, territorializado, comunitário, centrado na história do sujeito e na promoção de seus laços sociais, advém da desinstitucionalização, conceito este que sofre uma metamorfose substancial e que abre novas possibilidades para o campo da Reforma Psiquiátrica (Amarante, 1996). Tal modelo exige dos trabalhadores práticas clínicas que consigam sustentar essa mudança de discurso na prática cotidiana dos serviços. Com esse objetivo em vista, a supervisão clínico-institucional foi instituída como um dos principais dispositivos promotores de reflexões das práticas dos novos serviços substitutivos.

Por outro lado, a gestão dos serviços de saúde mental, pautada pelas diretrizes e prerrogativas do SUS, deve organizar e planejar ações e a operacionalização dos processos de trabalho. Também deve representar os serviços substitutivos na Rede de Atenção, atender a funções administrativas, manejar as diversas modalidades de relações (Moreira; Rocha, 2019), respondendo a uma demanda constante, intrincada por atravessamentos institucionais.

Devera (2022) considera que a SCI, enquanto dispositivo e ferramenta contínuos, mas dinâmicos, fortalece a gestão em saúde mental no sentido de promoção da valorização do profissional, reconhecendo seus saberes, suas potencialidades e seus limites. Ainda, oferecendo suporte emocional e técnico para enfrentar os desafios do cotidiano, bem como favorecendo a reflexão crítica sobre os casos clínicos, as demandas dos usuários e as estratégias de intervenção a partir de diferentes referenciais teóricos e metodológicos. Ampliando o “olhar” e a “ação”, o supervisor potencializa o trabalho em equipe e em rede, promovendo a responsabilidade compartilhada, a interdisciplinaridade e a intersetorialidade.

Para mais, o supervisor clínico-institucional, ao considerar as dimensões clínica, institucional e política da atenção psicossocial, auxilia

na superação dos impasses institucionais, das situações desafiantes e dos automatismos que podem comprometer a qualidade do serviço e a saúde dos trabalhadores. Ele também estimula a formação permanente e a capacitação dos profissionais, favorecendo o desenvolvimento de competências técnicas e éticas para o exercício da atenção psicossocial (Severo; L'abbate; Campos, 2014; Devera, 2022).

Já que a Reforma Psiquiátrica brasileira tem como objetivo realizar mudanças relevantes no cuidado às pessoas em sofrimento mental e que fazem uso abusivo de álcool e outras drogas, entendemos que a SCI é uma das principais estratégias de qualificação para transformar os modos de gestão do trabalho e da clínica desenvolvidos nos serviços substitutivos (Barros; Salles, 2011). E essa transformação é bem-vinda, pois a supervisão é concebida de forma a sustentar a proposta de uma gestão compartilhada, que auxilie os profissionais a enfrentarem os impasses institucionais frequentes no cotidiano do trabalho coletivo. Durante o percurso das autoras, foi possível inferir que o dispositivo da SCI pode garantir a sustentação das práticas do modelo da atenção psicossocial frente aos desafios cotidianos dos serviços, tais como a rotatividade de profissionais, a precarização de infraestrutura de assistência, a “cronificação” das práticas. A atuação contínua do supervisor traz para reflexão a reafirmação das linhas de cuidado.

Além disso, a SCI pode fomentar uma gestão participativa, democrática e transversal, trazendo estratégias e saídas partilhadas para impasses institucionais. A aproximação entre o processo de decisão política e o processo de execução das ações decididas torna o trabalho mais resolutivo e mais satisfatório, uma vez que as condições e os objetivos são pactuados e um ato específico é posto em perspectiva e em confronto com o conjunto. Deste modo, reduzem-se a alienação, a falta de compromisso, a fragmentação de uma prática (Brasil, 2010), tendo em vista que o estabelecimento de vínculo e a continuidade do cuidado são essenciais na subjetivação do processo de trabalho e do cuidado humanizado e integral.

5. Considerações finais

A experiência do Estado de Minas Gerais, que fomentou a supervisão clínico-institucional em todo território mineiro por intermédio da Resolução SES/MG n.º 7.168/2020, com abrangência para a Rede de Atenção Psicossocial, trouxe uma nova perspectiva dessa ferramenta enquanto possibilidade de apoio institucional à gestão, colocando o território e a RAPS como campos de trabalho do supervisor e indicando a necessidade de apoio institucional à gestão local (Minas Gerais, 2020).

Na experiência das autoras, ficou evidente que a relação entre trabalhadores, supervisor e gestores define quais estratégias e ações poderão ser implantadas nos serviços para a consolidação do modelo da atenção psicossocial. O apoio institucional é fundamental para que o supervisor consiga trazer reflexões e mudanças no cotidiano da rede, ampliando o escopo das ações. Em contrapartida, as discussões e propostas levantadas no ambiente da SCI podem apoiar a gestão dos serviços, numa proposta de gestão democrática do SUS.

Todavia, visto que as conquistas legislativas sobre a Política Nacional de Saúde Mental e a implantação de novos dispositivos não garantem por si só que o serviço de SCI esteja oferecendo um cuidado singular e integral às pessoas em sofrimento mental e que fazem uso prejudicial de álcool e outras drogas, a efetivação do modo da atenção psicossocial requer investimento de diversas ordens, a fim de que se destaque principalmente seus princípios e diretrizes. Estes são fundamentais para a continuidade do cuidado e a garantia do acesso dessa população no território.

Logo, para o avançar nesses campos, é fundamental que a SCI seja contínua e legitimada pela gestão como um dos elementos fundamentais das práticas de serviços da Reforma Psiquiátrica, uma vez que ela ativa e estimula a troca de experiências e a construção de vínculos entre os profissionais, fortalecendo o trabalho em equipe e a integração entre os diferentes setores da instituição. Esses atributos

positivos são constatados, pois a supervisão clínico-institucional busca favorecer a construção de um projeto terapêutico coletivo que respeite a singularidade dos usuários e suas demandas, bem como promover o diálogo entre os diferentes saberes e práticas da equipe multiprofissional. Outrossim, pode ser uma ferramenta útil para a gestão do SUS por contribuir para a consolidação dos princípios da Reforma Psiquiátrica, como a desinstitucionalização, a territorialização, a intersectorialidade e a participação social. Por fim, a SCI pode estimular a reflexão crítica e criativa dos trabalhadores sobre seus processos de trabalho, suas dificuldades e suas potencialidades, e igualmente fortalecer o vínculo e a responsabilização da equipe pelo cuidado em saúde mental.

REFERÊNCIAS

AGAMBEN, G. **O que é o contemporâneo? e outros ensaios**. Tradução de Vinícius Nicastro Honesko. Chapecó, SC: Argos, 2009.

AMARANTE, P. **O homem e a serpente**: outras histórias para a loucura e a Psiquiatria. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 1996.

BARROS, S.; SALLES, M. Gestão da atenção à saúde mental no Sistema Único de Saúde. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 45, (esp. 2), p. 1780-1785, 2011. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/reeusp/a/4w58WL6Dc66m8QzKwGDFtyD/>. Acesso em: 04 abr. 2023.

BRASIL. Casa Civil. **Lei n.º 10.216, de 06 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. Brasília, DF: Presidência da República, 2001. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/leis_2001/10216.htm. Acesso em: 21 abr. 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria n.º 1174/GM, de 7 de julho de 2005**. Destina incentivo financeiro emergencial para o Programa de Qualificação dos Centros de Atenção Psicossocial – CAPS e dá outras providências. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2005. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2005/prt1174_07_07_2005_comp.html. Acesso em: 21 abr. 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. **HumanizaSUS**: Documento base para gestores e trabalhadores do SUS. Série B., Textos Básicos de Saúde. 4 ed. 4 reimp. Brasília, DF: Editora do Ministério da Saúde, 2010, 72 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria n.º 3.088, de 23 de dezembro de 2011**. Institui a Rede de Atenção Psicossocial para pessoas com sofrimento ou

transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2011. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt3088_23_12_2011_rep.html. Acesso em: 17 jul. 2023.

COSTA-ROSA, A. O modo psicossocial: um paradigma das práticas substitutivas ao modo asilar. In: AMARANTE, P. (Org.). **Ensaio**: subjetividade, saúde mental, sociedade [on-line]. Coleção Loucura & Civilização. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2000. pp. 141-168. Disponível em <https://books.scielo.org/id/htjgj/pdf/amarante-9788575413197-09.pdf>. Acesso em: 18 abr. 2023.

COSTA, R. B.; ABRAHÃO, A. L. Estudo Qualitativo acerca da Supervisão clínico-institucional em uma equipe de saúde mental: uma análise implicada. *Revista Saúde em Redes*, v. 8, n. 2, p. 43-58, 2022.

DEVERA, D. **Supervisão Clínico-Institucional: história, usos e sentidos na Reforma Psiquiátrica**. 2022. 332 f. Tese (Doutorado) – Universidade Estadual Paulista (UNESP), Faculdade de Ciências e Letras, Assis. Assis, 2022. Disponível em https://repositorio.unesp.br/bitstream/handle/11449/216439/devera_dr_assis_sub.pdf?sequence=5&isAllowed=y. Acesso em: 17 abr. 2023.

DEVERA, D.; YASUI, S. Os lugares e função da supervisão clínico institucional na construção e consolidação da Rede de Atenção Psicossocial. *Revista Mnemosine*, v. 18, n. 2, p. 241-261, 2022.

MINAS GERAIS. Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais. **Resolução SES/MG nº 7.168/2020**. Estabelece as regras de adesão, execução, acompanhamento, controle e avaliação do incentivo financeiro de custeio, em caráter excepcional, destinado à realização de supervisão clínico-institucional nos Centros de Atenção Psicossocial da Rede de Atenção Psicossocial do Estado de Minas Gerais, nos termos que menciona. Belo Horizonte: Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais, 2020. Disponível em: . Acesso em: 17 jul. 2023.

MOREIRA, R. M.; ROCHA, K. B. O trabalho na gestão dos serviços substitutivos de saúde mental: aproximações entre Saúde Coletiva, Saúde Mental e Psicanálise. *Physis: Revista de Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 29, n. 2, p. 1-20, 2019.

OLIVEIRA, J. A. M.; PASSOS, E. Efeitos transversais da supervisão clínico-institucional na Rede de Atenção Psicossocial. *Revista Polis e Psique*, v. 2, n. 3, p. 171-187, 2012.

SEVERO, A, K. S.; L'ABBATE, S.; CAMPOS, R. T. O. A supervisão clínico-institucional como dispositivo de mudanças na gestão do trabalho em saúde mental. *Interface-Comunicação, Saúde, Educação*, Botucatu, v. 18, n. 50, p. 545-556, 2014.

YASUI, S. **Rupturas e encontros: desafios da reforma psiquiátrica brasileira**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2010, 192 p.

As supervisões clínico-institucionais no CAPS de Carandaí-MG: breve relato de uma experiência em construção

Regina Célia Rodrigues Monteiro

Introdução

É o sujeito quem fala. Ele apropria-se de seu discurso e tece suas palavras para significar a si mesmo e ao mundo que o cerca. Pois, falando o homem torna-se sujeito. Ele percebe, desde criança, que o uso do simbólico é indispensável para que ele faça sentido no universo das palavras e das coisas.

Estruturas institucionais obsoletas perceberam a importância do discurso humano e, tão logo quanto possível, trataram de capturá-lo e aprisioná-lo em limites considerados razoáveis. As instituições, portanto, aprisionaram as palavras a fim de que houvesse uma vã tentativa de fazer coincidir os significantes e o mundo das coisas e dos homens¹. Ora, não obstante as tentativas serem sabidamente vãs, as instituições continuaram, ao longo da História, a percorrer esse caminho que sempre buscou desacreditar em quem fosse capaz de se organizar a partir de um discurso outro, que não fosse mero eco das expectativas institucionais.

A linguagem dos símbolos: a grande salvação e a grande perdição humana. Os símbolos tentam trazer sentidos para coisas incompreensíveis para os limites da razão. Mas, por assim ser, a própria razão atua nesse sentido, passando a reconhecer os discursos

¹ Platão (2001), em *Crátilo*, apresenta a fragilidade das palavras em tentar conter o mundo infinito dos significados simbólicos.

significativos tão-somente como aqueles que aceitam trilhar os mesmos passos dos detentores do poder.

A política, assim, passou a controlar os corpos e suas falas, identificando prontamente aqueles e aquelas que não se mostravam de acordo com as expectativas para uma vida dita civilizada. A emergência da loucura fora imediatamente contida e capturada pelas ciências formais, insistindo a ela que fizesse parte do mundo dos racionais, nem que para isto precisasse calá-la. Assim, constituíram-se as instituições do silêncio – os hospitais psiquiátricos.

Decerto que a relação não é tão linear, mas, ainda assim, podemos arriscar uma breve consideração: as estruturas manicomiais começaram a ruir quando os sujeitos nela inseridos foram retomando suas falas e seus sentidos, denunciando que o modelo hospitalar estava calcado na moral institucional e não na ética do sujeito. Seria, pois, tudo uma questão de fala?

Não nos arriscaríamos a simplificar assim, uma vez que há uma complexidade maior. Consideramos que é uma construção discursiva que deve emergir das ruínas das ditaduras, formando os novos espaços democráticos construídos por homens livres. Perguntamos, pois, diante do silêncio e da fala, da contenção e da liberdade, do sujeito e das celas, da cidade e do louco: quem tem direito a quem? É o louco quem detém o direito à cidade ou é a cidade que, a seu modo, guarda em seus subúrbios o desejo da emergência de algo (ou alguém) que a ressignifique, fazendo-a mais que um espaço burguês, um espaço de todos?

Ora, a cidade é de todos, pois todos somos habitantes da pólis. Somos todos políticos. Este pensamento está na base do trabalho das supervisões clínico-institucionais e que sustentaram nossas práticas. É o que passamos a relatar abaixo.

Supervisões à clínica e à instituição: trabalhos de ressignificações profissionais

O cotidiano das supervisões clínico-institucionais em serviços das Redes de Atenção Psicossocial faz introduzir uma prática que leva em conta um outro contexto para além da tutela dos sujeitos. É um contexto mais amplo, o qual preconiza a ruptura com estruturas que desconsideravam os sujeitos e suas formas de localizarem-se no mundo e, de alguma forma, no sintoma. Tais estruturas traduziam-se em práticas que desconsideravam a dimensão subjetiva e evidenciavam apenas o sintoma. Assim é que o trabalho dessas supervisões fez emergir um outro discurso, o qual não poderia ser um discurso que se sustentava em um saber prévio – quer seja do sujeito ou do sintoma.

Estamos, pois, apresentando à reflexão nossa prática como supervisora no Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) de Carandaí, Minas Gerais. Quando iniciamos nossos trabalhos, éramos aguardados como mestres, como alguém que fosse dar aos profissionais lições sobre como bem agir, bem interferir, bem interpretar, bem manejar o complexo sistema de saúde-doença mental. Todavia, nosso trabalho inicial foi precisamente uma re-visão (ou mesmo uma re-visitação) do fazer cotidiano naquele dispositivo. Re-ver e re-visitar: tratava-se de apresentar (inclusive com elementos lúdicos) a realidade do trabalho para a equipe, a fim de que ela própria fosse capaz de se ver. Esse trabalho se propunha a redirecionar as ações e, por conseguinte, os discursos. Assim, a equipe de trabalho não haveria de se colocar em um posicionamento apático, aguardando que lhe fosse dito o que fazer e como fazer. Era preciso instaurar uma outra perspectiva que, de fato, abarcasse os princípios da Reforma Psiquiátrica no Brasil, pois “os resíduos da atmosfera dos manicômios antigos são [...] claramente perceptíveis nos aspectos ainda não modernizados [das práticas irreflexivas]” (Basaglia, 1985, p. 67).

Portanto, enquanto supervisores dos trabalhos naquele CAPS, frustrando as expectativas iniciais da equipe, ocupamos um lugar

discursivo localizado na falta-a-ser (uma falta que aponta para um devir possível). Assumimos um lugar de não-saber a fim de acionar, no campo da equipe, uma constatação do próprio desejo de ser mais do que simples expectadores-alunos. Ao assumirmos essa falta enquanto ponto de início de um discurso, acionamos os sujeitos desejantes e contribuímos para a produção de seus significantes, ou seja, daqueles significantes que deveriam se encadear na construção de um saber da própria equipe. Ora, para assim nos posicionar, haveríamos que suportar em suspensão um saber que temos prévio e que sustenta nossa produção ética, técnico-científica e política.

Nesse contexto, algumas questões se apresentaram indispensáveis. Parafraseamos aqui algumas delas, conforme nossa leitura de Venturini (2015): Qual é o desígnio projectural desse lugar? Como o CAPS apresenta-se enquanto projeto para o trabalho de saúde mental direcionado à comunidade? Qual é a fenomenologia desse lugar? Como o CAPS apresenta-se às consciências enquanto fenômeno, ou seja, enquanto objeto significativo para os sujeitos? Como o território apreende o CAPS? Há uma correspondência entre o CAPS e o desejo de bem-estar? Esse lugar produz saúde ou cronicidade?

Entendemos que, se hoje há uma Rede de Atenção Psicossocial implementada, há também um distanciamento das práticas do modo de atenção psicossocial. A questão que fazíamos a nós mesmos era: como construir, fomentar e sustentar uma formação em um destes serviços? As provocações de Venturini (2015) apontam para a importância da implicação. Trata-se de um trabalho muito mais árduo do que apenas apresentar um conteúdo acadêmico para discussões e resenhas.

Partimos, pois, da compreensão segundo a qual é um direito do usuário desejar o cuidado. Essa foi a questão que nos colocava em definitiva consonância com a equipe que se constituía como um dispositivo efetivo de tensão entre novas práticas e velhos hábitos. Fazia-se mister a instauração de um fazer coletivo solidário e experimental.

Se, como dito, há uma Rede de Atenção Psicossocial implementada convivendo com um distanciamento das práticas que se pretendia implementar, procuramos compreender essa condição com Merhy (2013), o qual estabelece uma distinção entre redes analógicas e redes rizomáticas. As primeiras, por ainda se sustentarem em analogias e diálogos com o modelo manicomial, relacionam-se na superficialidade como resposta única à sociedade e aos seus sistemas, tornando custoso e lento a emergência do sujeito. As redes analógicas parecem espelhar-se ainda nos discursos dos antigos mestres que produziram saberes no campo do outro, tornando os aprendizes meros receptáculos das considerações das ciências naturais e seus paradigmas monolíticos, que fizeram emergir instituições igualmente solidificadas ao longo dos anos e das práticas. A Rede de Atenção Psicossocial precisa questionar suas práticas exclusivamente analógicas e, a partir de tal reflexão, alcançarem uma concepção de redes rizomáticas, as quais não se perpetuam na superfície das práticas, mas que se aprofundam em suas próprias raízes a fim de conceberem relações comunicacionais possíveis entre polos antes negligenciados – o principal deles é, indubitavelmente, o lugar do sujeito nas políticas de saúde mental.

Em resumo, a primeira parte de nosso trabalho como supervisores da equipe do CAPS de Carandaí/MG pode ser considerada como: assessoramento, discussões de casos clínicos e suporte à equipe, em constante harmonia com o projeto da Reforma Psiquiátrica. A proposta de colocar-se no duplo eixo clínico e político orienta o funcionamento do CAPS e de sua atenção no campo das proposições desse projeto. Há que se compreender, pois, que era preciso resistir aos retrocessos que sempre nos eram apresentados, tais como a micropolítica da lógica das intenações apriorísticas. Coube, pois, ao nosso trabalho, constituir-se como o terceiro elemento articulador, a fim de fazer ouvir o enunciado com a escuta do não-dito pela equipe.

Resistir aos retrocessos. Isto nos fez articular com o pensamento de Lancetti (2015) que, a partir do conceito de contrafissura, considera

as práticas manicomiais como aquelas que não suportam as rupturas por se constituírem enquanto ciências formalizadas de tal forma que vêm exclusivamente em seu escopo propostas únicas de práticas possíveis. Eis o que afirma “[...] correntes científicas fazem uma leitura contrafissurada das neurociências que propõem o tratamento do doente baseado num sistema reducionista de castigo e recompensa (Lancetti, 2015, p. 33-34). Um sistema, pois, que dialoga com os esquemas de vigilância e punição já anunciados por Foucault (1975/1987), mas não com as possibilidades de se construir uma terapêutica que tenha por base a liberdade. É por isto que se considera que o trabalho no campo da Reforma Psiquiátrica é complexo. De acordo com Merhy (2013),

[...] a noção de que o trabalho no campo da saúde mental – que se dirige para desinterditar a produção do desejo e, ao mesmo tempo, gerar redes inclusivas, na produção de novos sentidos para o viver no âmbito social –, é de alta complexidade, múltiplo, interdisciplinar, intersetorial e interprofissional; que, em última instância, só vinga se estiver colocado em uma “revolução cultural” do imaginário social, dos vários sujeitos e atores sociais, ou seja, se constituir-se, também, como gerador de novas possibilidades anti-hegemônicas de compreender a multiplicidade e o sofrimento humano, dentro de um campo social e inclusividade e cidadanização (Merhy, 2013, p. 180).

Tratava-se, desde o início, de construir a inclusão e a cidadania – pressupostos republicanos, mas de difícil constatação pelos sujeitos (usuários e profissionais) que haviam ficado durante muito tempo sob as dimensões da tutela hospitalar psiquiátrica.

A supervisão e sua vinculação com a ética da cidadania e da liberdade

Falar de supervisão clínico-institucional no âmbito do CAPS de Carandaí/MG é insinuar-se em um discurso específico. Um discurso que convoca todos para os desdobramentos de questões que tensionam campos problemáticos. Temos um objetivo – supervisores e equipe – e, em função disto, temos um compromisso ético e político, pois haveria que se buscar a satisfação do usuário e, ao mesmo tempo, sua inserção

na pólis como lugar da fala, lugar de conquista da praça pública, tenha ele uma fala retoricamente organizada ou não. Apresentar a pólis ao sujeito é convidá-lo a argumentar, ou seja, a falar de seu *ethos*², de uma imagem que faz de si mesmo para sustentar um discurso de liberdade.

A retórica para a liberdade parecia, então, ser um privilégio do discurso domado pelos pressupostos da razão – a mesma razão cartesiana narcisicamente sustentada e destronada pelos pressupostos do inconsciente freudiano. Todavia – e era o cotidiano do CAPS que nos demonstrava –, se a retórica localiza o sujeito na pólis, o domínio retórico não estava unicamente construído pelos pressupostos da razão, mas pela insistência do significante, pelo jogo combativo e interessante entre o dizer e o dito. Mas, o cotidiano também nos informava que, quando se aposta no novo, as velhas estruturas insistem em se insinuar, buscando um questionamento do novo, classificando como anticientífico ou puramente filosófico³.

Não obstante as críticas, nosso trabalho pautou-se pelas seguintes considerações que lhe davam sustentação: ruptura com o hospital psiquiátrico, buscando uma maneira diversa de atender a crise; ruptura com a hegemonia do poder biomédico, que conduzia o cotidiano do trabalho a partir de uma biopolítica que sempre quis conter os corpos, torná-los dóceis para o sistema, desfigurando-os de seus conteúdos subjetivos; negociações políticas por considerarmos a necessidade da ampliação da rede de serviços e a consolidação de uma rede de proteção ao usuário do CAPS, tomando o trabalho coletivo, territorial e em rede como condição principal para seu direcionamento. A metodologia era

² De acordo com Amossy (2011), todo sujeito que argumenta traz, em seu discurso, o seu *ethos*, ou seja, a imagem que faz de si mesmo e que sustenta o seu dizer.

³ Questionamentos dessa ordem estiveram presentes no início das discussões sobre a Reforma Psiquiátrica no Brasil, quando um Manifesto dos Psiquiatras questionava a sustentação técnica-científica da Reforma, desclassificando-a e acusando-a de anticientífica por usar, principalmente – mas não só – os pressupostos foucaultianos apresentados na História da Loucura (1978).

sempre a da participação de todos, configurando-se como um trabalho vivo e em ato (Merhy, 2013).

Aos poucos, ia a equipe compreendendo que um trabalhador de saúde mental tem muitas possibilidades de ação, pois o que move o trabalho é o desejo dos operadores. É o sentido dado pelo operador que determina o trabalho. O seu jeito de manejar concebe, *a priori*, o sentido e o cuidado singular que ele imprime em seu fazer. Desta forma, pode o trabalhador desenvolver um cuidado que seja para o sujeito ou um que seja sumário e prescritivo.

A rede de serviços ampliada não faz, por si só, a diferença do cotidiano. Decerto que é importante por ser um mecanismo democrático, mas é preciso que haja mudanças nas compreensões. Mudanças epistemológicas, podemos dizer, já que se abrem para as possibilidades da recomposição dos saberes. Mudanças nas práticas que podem sustentar novos lugares subjetivos, éticos e políticos.

Atividades e pessoas: uma rede em vida

Uma de nossas primeiras atividades nos trabalhos de supervisão no CAPS de Carandaí foi trazer uma retomada histórica da origem desse dispositivo, partindo do conhecimento de cada um e, logo após, a retomada de questões imprescindíveis: quais são as funções do CAPS? Que cuidados eram lá feitos?

Mesmo em um momento inicial do trabalho, compreendemos que havia muito a ser aprendido e muito mais a ser desconstruído. Havia, no entanto, algo presente na equipe, mas que não lhe era perceptível. Tratamos, pois, de dar a essas coisas a visibilidade necessária. À proporção que íamos conversando, caminhos foram aparecendo e ideias foram surgindo e, desta forma, fomos juntos reestruturando os serviços e gerenciando os processos de trabalho. As mudanças de olhares foram conferindo percepções importantes, as quais permitiam reconhecer nos sujeitos os seus lugares – na crise ou fora dela.

Os casos começaram a ser mais bem conhecidos a partir de uma construção coletiva. Para tanto, eram necessários mais estudos, mais conversas, mais filmes. Tudo o que pudesse ajudar na construção de um olhar diferenciado sobre o sujeito, suas formas de estar no mundo e os possíveis desenlaces operados pela equipe. O cuidado passava a ser visto como um ato inclusivo e democrático e que, portanto, não poderia ser realizado de forma descomprometida. Passou-se a buscar uma epistemologia diferenciada, mas igualmente profunda e ética. Passou-se a reconhecer a importância das falas dos usuários nas assembleias enquanto sujeitos de suas próprias vidas. O trabalho, como visto, não é simples. Sua complexidade foi gradativamente percebida pela equipe que passou a vivenciar a impossibilidade de se fazer diferente.

Considerações finais

O mês de março de 2021 marcou o início dos nossos trabalhos no CAPS de Carandaí, localizado em Minas Gerais. Nossa proposta, sempre sustentada, era a de produzir pequenas diferenças para que o trabalho de supervisão fosse um fio condutor capaz de evitar a repetição de práticas manicomiais no cotidiano. Para tanto, fez-se necessário o fortalecimento da competência técnica, ética e política da equipe, por meio de oficinas, rodas de conversas, discussões de casos e compreensão do território. Era preciso refletir sobre a possibilidade de produzir saúde e pensar o modo de organização dos processos produtivos desse campo de práticas sociais. Foi um trabalho difícil, haja vista que o cotidiano das práticas se mostrava sempre comprometido por dificuldades de cada trabalhador. Mas, é preciso aqui enfatizar as potencialidades do grupo, as quais emergiram a partir dos encontros para supervisão.

A supervisão é entendida como uma ferramenta de reinvenção de um saber que não está pronto, de entrelaçamento entre a clínica, a política e a ética, que pôde ser compreendido pela escuta atenta e pelo debate constante. Ora, sabíamos que a realidade impõe aos sujeitos em suas práticas a responsabilidade de assumir riscos, pois

essa posição-sujeito é inalienável ao outro. Portanto, qual fora a proposta? Repensar os modelos de cuidado em saúde mental com o objetivo de ampliar a autonomia das pessoas que se cuidam nas Redes de Atenção Psicossocial, ou seja, de promover a capacidade de responsabilizar-se pela própria vida. Este repensar incluía o grupo dos trabalhadores supervisionandos e o dos usuários do serviço, pois os sujeitos se mesclam nas práticas da liberdade. Para tanto, foi preciso problematizar as práticas realizadas, não permitindo distanciar-se das funções para as quais o serviço, um CAPS, foi criado em um contexto de Reforma Psiquiátrica.

Não se tratava de adaptar pessoas ao meio, mas a construção de meios melhores de viver, considerando que a saúde é a possibilidade de inventar modos de vida conforme as dificuldades e mudanças pelas quais se sente responsável. Assim, o trabalho em saúde mental é um trabalho de escuta, no qual a interação entre profissional e usuário é determinante da qualidade na resposta assistencial. Por isto, a área de saúde requer uma formação permanente, constatando realidades, aproveitando os ruídos do cotidiano (Franco; Merhy, 2013).

Desta forma foi organizado o nosso trabalho de supervisão: análise e reflexão crítica sobre as práticas reais de profissionais reais, inseridos no dia a dia em serviços reais que constituem a rede real, para que fosse possível realizar uma transformação igualmente real naquele território. Ocorre que uma das características do território é a sua mutabilidade, pois não se pode lidar com uma noção de território ideal. Sendo mutável o território, a formação profissional exige continuidade dinâmica. O cenário das práticas informa e recria as teorias necessárias para um cuidado de qualidade.

Nesta constatação, torna-se importante a problematização do cuidado, que deve expandir-se para além de ingênuas práticas caritativas e alcançar os pressupostos da solidariedade. Solidarizar-se é caminhar juntos em um percurso que não pode estar pautado senão na formação constante e na discussão das práticas. Então, trabalhar

em equipes matriciais, contribuir para o controle social e melhorar o cuidado foram evidenciadas como ações possíveis para o avanço da Reforma, pois são essas articulações que ajudam a garantir o desmonte da lógica manicomial no contexto da desconstrução dos preconceitos.

Acolhimento, vínculo, autonomia, responsabilização do cuidado e criatividade para encontrar saídas são atividades do processo de supervisão. Cabe lembrar que é sempre o sujeito quem as realiza e que a supervisão contribui para o aparecimento dessas potencialidades. Ao final, o trabalho mostrou-se eficiente e importante para o CAPS, demonstrando que as ações refletidas e eticamente, politicamente e tecnicamente fundamentadas podem contribuir para sustentar as propostas reformadoras da promoção à saúde mental.

REFERÊNCIAS

AMOSSY, R.. **Imagens de si no discurso: a construção do ethos**. 2. ed. São Paulo: Contexto, 2011.

BASAGLIA, F.. **A instituição negada: relato de um hospital psiquiátrico**. Trad. Heloísa Jahn. Rio de Janeiro: Graal, 1985.

FOUCAULT, M.. **História da loucura na idade clássica**. São Paulo: Perspectiva, 1978.

FOUCAULT, M.. **Vigiar e punir: história da violência nas prisões**. Trad. Raquel Ramallete. 27. ed. Petrópolis: Vozes, 1975/1987.

FRANCO, T. B.; MERHY, E. E.. **Trabalho, produção do cuidado e subjetividade em saúde: textos reunidos**. São Paulo: Hucitec, 2013.

LANCETTI, A.. **Contrafissura e plasticidade psíquica**. São Paulo: Hucitec, 2015.

MERHY, E. E.. Os CAPS e seus trabalhadores: no olho do furacão antimanicomial. Alegria e alívio como dispositivos analisadores. In: FRANCO, T. B.; MERHY, E. E. (org.). **Trabalho, produção do cuidado e subjetividade em saúde: textos reunidos**. São Paulo: Hucitec, 2013.

PLATÃO. **Crátilo**. Trad. Carlos Alberto Nunes. Séries: Platão Diálogos. 3 ed., ed. rev. Belém: Editora Universitária UFPA, 2001.

VENTURINI, E.. **A linha curva: o espaço e o tempo da desinstitucionalização**. Trad. Nilson Moulin. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2015.

CAPSi – Desafios do cuidado em liberdade para crianças e adolescentes: relato de experiência de supervisão clínico-institucional em Varginha, Minas Gerais (2019-2023)

Roberta Ecleide de Oliveira Gomes Kelly

Introdução

Este texto apresenta reflexões acerca de três anos e cinco meses de trabalho de supervisão clínico-institucional no Centro de Atenção Psicossocial Infantojuvenil (CAPSi) de Varginha, Minas Gerais. Foram três contratos municipais, que abrangeram os períodos de 2019, 2020-2021, 2022-2023; e um contrato estadual, que compreendeu o período de 2021-2022. É importante demarcar que este tempo, o qual extrapola o período de subvenção do Estado de Minas Gerais, foi um ciclo de trabalho que permitiu a construção das diretrizes esperadas para este dispositivo¹. Isso confirma que o trabalho da supervisão clínico-institucional não pode se esgotar em doze meses de acontecimento e deve, pois, fazer parte de um trabalho contínuo no sentido da Educação Permanente, permitindo a consistência e a sustentação da Reforma Psiquiátrica.

É urgente compreender que determinado movimento ideológico e as mudanças legislativas compuseram retrocessos: desmonte de serviços de base territorial, lógica hospitalocêntrica/manicomial, absolutismo médico-psiquiátrico, perspectiva moral-religiosa, violação de direitos humanos, mercantilização do cuidado (Oka; Costa, 2022).

¹ O CAPSi pode ser pensado como um dispositivo de cuidado – termo de fora da área da saúde, mas que sua definição enquanto “aparelho ligado ou adaptado a instrumento ou máquina, que se destina a alguma função adicional ou especial” cabe perfeitamente para isso (Lykouropoulos; Péchy, 2016, p. 88).

Tais retrocessos estão ligados à falta de retomada sistemática e contínua das diretrizes da Política Nacional de Saúde Mental, principalmente entre 2019 e 2022. Esta supervisão clínico-institucional neste dispositivo aconteceu durante todo o período de vigência da Nota Técnica n.º 11/2019, que foi estudada e debatida a cada ação de ordenamento da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), ação *princeps* de um CAPS (Brasil, 2019).

Apresento as considerações sobre todo o trabalho de supervisão clínico-institucional, desde 2019, o desafio da Pandemia de COVID-19 para o CAPSi e como pudemos, em trabalho articulado entre a supervisora e a equipe, organizar o funcionamento das diretrizes de forma condizente com as possibilidades do município, criando condições cabíveis de articulação intersetorial².

Ressalto que, a despeito de qualquer condução, boa e ajustada no que diz respeito às diretrizes, há a dimensão dos problemas humanos. Conflitos, indisposições e dissensões dentro ou fora da equipe faziam pensar, às vezes, que todo o trabalho do CAPSi e, mesmo da RAPS, era inútil ou impossível – pensamento que destoava dos avanços conseguidos nos casos e também dos avanços da equipe na articulação intersetorial.

A chegada: CAPSi é um ambulatório?

A chegada no serviço aconteceu mediante convite da coordenadora, inicialmente para condução de uma capacitação para os profissionais da Rede sobre a psicopatologia da infância e adolescência. Posteriormente, ministrou-se outra capacitação, desta vez exclusivamente para a equipe do CAPSi, abordando o tema do

² A descrição deste trabalho se encontra nos relatórios entregues ao município e ao Estado (relatórios trimestrais para a Coordenação de Saúde Mental de Varginha, relatórios quadrimestrais ao Estado de Minas Gerais e relatório anual ao Secretário de Saúde do município de Varginha). O registro contínuo das ações e observações foi fundamental para a organização e retomada do serviço como um todo e para a demarcação efetiva da ação contratada.

autismo. Essas atividades foram seguidas por encontros regulares de supervisão. O trabalho com subvenção municipal aconteceu entre maio e outubro de 2019.

Nestes momentos de capacitação, foi identificado nos profissionais da Rede que a visão da criança como um “ser de descobertas” permeava a percepção de alguns. O desconhecimento que tinham sobre o sofrimento psíquico na infância, o foco em diagnósticos e a lógica de *especialismos* viesava as práticas. Estes profissionais cometiam alguns equívocos sobre o CAPSi: a) se eles têm uma equipe completa, podem atender todos os casos, logo, por que não fazem atendimento contínuo?; b) os profissionais da Atenção Básica não podem atender crianças e adolescentes porque não têm formação para tal e nem material de trabalho para essa população. Essas questões foram abordadas neste primeiro momento, porém não articuladas em razão do tempo exíguo. Desta forma, tais mitos atrapalhavam a percepção da equipe do dispositivo, que se mostrava hesitante no cumprimento das diretrizes.

No momento de trabalho somente com a equipe do CAPSi, emergiram outras questões que, talvez, pudessem também ser pensadas como equívocos: i) acolhimento dos casos na lógica ambulatorial, com a pressão de avaliação diagnóstica; ii) casos encaminhados ao CAPSi na lógica de um atendimento ambulatorial – para a Psiquiatria, por exemplo – deveriam ser acolhidos, mesmo se não fosse ali o seu lugar; iii) angústia frente ao não encaminhamento ou não efetividade dos casos na Atenção Básica e outros serviços, como Conselho Tutelar, Centros de Referência de Assistência Social (CRAS) ou Centro de Referência Especial de Assistência Social (CREAS) – angústia que se entendia ser referente a algum problema do/no CAPSi; iv) tendência à recepção dos casos fora da diretriz de recebimento em crise, surto ou fase³.

³ Crise: comportamentos ou expressão de sentimentos acompanhados de desorganização das possibilidades de cumprimento cotidiano, de forma diferente do

No relatório de 2019, destaca-se as seguintes dimensões:

a) Diagnósticos no CAPSi

- CAPSi não é lugar de diagnósticos, muito menos de contestação de outros dispositivos públicos ou privados. É, também, responsabilidade do CAPSi não permitir que diagnósticos se fixem como nomes próprios ou única via de expressão;
- Diagnósticos demandam construção na contextualização do problema, especificando-se os detalhes necessários a cada situação – como hipótese diagnóstica;
- Como hipótese, um diagnóstico deve ser revisto e reavaliado continuamente em um CAPSi, discriminando-se as situações cotidianas de sofrimento e de vulnerabilidade social daquelas em que há uma forma adoecida de manejo do cotidiano ou há sofrimento psíquico;
- As manifestações de sofrimento psíquico devem ser acolhidas e conduzidas nas estratégias de manejo que não podem esgotá-lo. Articulado às formas do viver, o sofrimento pode ser tolerado e aliviado, mas jamais suprimido. Em crianças e adolescentes, a despeito das idealizações midiáticas, há sofrimento que, se não acolhido e manejado, aparece como cristalização em um transtorno como única forma de se viver.

que a criança/o adolescente costuma apresentar, dificultando o relacionamento, o cuidado e a rotina.

Surto: referência a desorganização psicótica, com manifestações produtivas ou positivas (alucinações e delírios) ou negativos (embotamento afetivo, negativismo).

Fase: alteração do humor, intensa e contínua, como mania (elevação do humor) ou depressão (rebaixamento do humor) de maneira não ocasional/ não eventual (Lima, 2012).

b) Interferência de vários serviços paralelos (privados, filantrópicos ou comunitários) com vieses diferentes da proposta do CAPSi

- Por vezes, serviços de função pouco clara, que impactam diretamente na condução dos casos e na compreensão da melhor intervenção. As buscas de articulação com serviços fora da Rede não se revelaram produtivas na maioria das vezes, principalmente quando as diretrizes não eram solicitadas na mesma medida;
- Tais serviços reiteradamente prestavam escuta aos adultos do entorno das crianças e adolescentes, causando fragmentação do caso.

c) Crianças e jovens afastados do espaço escolar

- Não custa afirmar e reafirmar que estar em uma escola, ser incluído em um processo de escolarização adequado, é um direito garantido pela Constituição brasileira. Não há como se esquivar disso sem ferir as leis. O acesso deve ser garantido e as possibilidades *estrategizadas* em conjunto;
- Embora o serviço escolar não seja de responsabilidade do CAPSi, os casos em que se fez uma boa articulação com a escola tiveram melhores resultados. Por outro lado, é o CAPSi que, detentor de conhecimentos sobre a saúde mental, ordena a RAPS, orienta, oportuniza, esclarece e possibilita, também, a garantia da preservação de direitos.

d) Pouca articulação entre os técnicos quanto aos saberes específicos de suas especialidades

- No desconhecimento de uma ou outra especificidade, algumas intervenções apresentaram fragmentação do caso. Cada especialidade tem uma especificidade que, partilhada, faz com que o cuidado às crianças e adolescentes se encaminhe de maneira mais satisfatória. Informar cada colega de sua prática pode ser cansativo ou o próprio tempo para isso pode ser difícil e curto, mas é desse cruzamento de ideias que a sustentação se fará

mais sólida. Assim como a rede entre dispositivos e serviços se faz com posicionamentos dialogados e constantes, o próprio CAPSi precisa ter esta rede entre seus pares, de forma transdisciplinar – as diretrizes são o pano de fundo.

Ao término deste contrato, houve a continuidade com os três Centros de Atenção Psicossocial – CAPSi, CAPS II (adulto) e CAPS Ad –, contemplando o período de agosto de 2020 a março de 2021.

Crianças e adolescentes em Pandemia: sofrimento psíquico em suspenso

A pandemia de COVID-19 foi um grande desafio no CAPSi: reclusão das famílias; ausência do convívio nas escolas; a retirada das crianças e adolescentes do trânsito na vida com outras pessoas, fora do espaço doméstico; desigualdades acentuadas; aprofundamento de vulnerabilidades; e mascaramento de muitos problemas.

As famílias desempenham um papel crucial na formação da singularidade humana, mas, por si só, não são suficientes para promover a humanização. Nesse sentido, a participação na coletividade é fundamental, contribuindo para a construção do capital social (Bourdieu, 1980). A ausência de convívio com os pares priva crianças e adolescentes das referências necessárias para a compreensão adequada do seu desenvolvimento.

Em casa, crianças e adolescentes não tiveram a oportunidade de serem desafiados ou expostos a erros, elementos essenciais para o processo de aprendizado. Ainda, muitas famílias enfrentaram perdas significativas, como perdas de vidas, empregos e oportunidades. O próprio fenômeno da pandemia de COVID-19 trouxe consigo uma série de desafios, como medos, desacertos, demandas novas (como o uso de máscaras e álcool), desconhecimento da história natural da doença (ainda não totalmente esclarecida) e muitas fantasias. Crianças e adolescentes sofreram o impacto de tudo isso, alguns se

tornaram vítimas de violência doméstica e de abuso, dos desmandos governamentais e das sandices territoriais de dirigentes.

Conforme Lajonquière (2023), a crise brasileira durante a pandemia de COVID-19 não se limitou apenas ao aspecto sanitário, mas estendeu-se para o âmbito socioeconômico. O impacto mais significativo foi a ausência da escola, que é o ambiente onde se aprende a conviver com e para o outro, a desenvolver o sentido coletivo.

A escola faz experimentar a diferença não só porque ensina coisas diferentes ou veicula valores diferentes dos que circulam nas famílias, mas porque possibilita uma experiência que só ela pode possibilitar: participar de uma experiência de vida ordenada por um espírito público transcendente à dinâmica intrafamiliar. Numa escola que se preze, o que acontece ou deixa de acontecer não obedece a uma lógica familiar mais ou menos neurótica. Os adultos que nela trabalham representam o mundo dos adultos no qual a criança pretende entrar ficando grande um dia e, portanto, agem como embaixadores deles, e não como garantes de uma tradição idiossincrática familiar (Lajonquière, 2023, p. 15).

Uma vez que a escola é o local que oferta a experiência de alteridade, “sem escola” deveriam ser nomeadas todas as crianças para as quais se pretendiam diagnósticos entre 2020 e 2022. Talvez seja pertinente considerar, até, se não estamos diante de outras formas de humanização e de subjetivação em curso, dada a entrada robusta das telas.

Várias destas questões apareceram nos atendimentos do CAPSi neste novo contrato, o qual abarcou o período de agosto de 2020 a março de 2021. Supervisora de outros dois dispositivos, sendo estes o CAPS II (adulto) e CAPS Ad, comparecia semanalmente a cada um deles, revezando as reuniões de equipe e agendando atividades específicas, dedicando um total de dez horas por semana a essas incumbências.

No CAPSi, focamos na articulação das demandas de cada caso junto à Rede – Conselho Tutelar, CRAS, CREAS –, refletindo sobre o entorno familiar e institucional. Para isso, era necessário ter tempo para cumprimento da articulação intersetorial, impossível na lógica de

atendimentos individuais. Pensamos na lógica da *correferência*, com dois técnicos a cada caso, e fazendo toda a equipe corresponsável do processo de cuidado de crianças e adolescentes.

Nas supervisões, construímos a coesão de trabalho, em uma relação de confiança e discussão. Nem sempre era possível estabelecer uma boa solução, mas criamos saídas viáveis e tivemos a ação sagaz e precisa da coordenação. Foi possível, ao final deste contrato, identificar avanços e retrocessos, discriminando-se os relativos ou não às ações técnicas, permitindo-se a construção de observações para os novos casos.

Supervisão clínico-institucional - Resolução SES/MG n.º 7.168, 20 de julho de 2020

Quando comecei o segundo período, logo chegaram as diretrizes para o contrato estadual. Avisada pelo Coordenador de Saúde Mental de Varginha, soube que esta nova forma seria organizada para 2022. Em fevereiro/2021 participei da licitação com especificidade para o CAPSi. Outros supervisores assumiram os outros dois dispositivos, neste contexto o CAPS II (adulto) e o CAPS Ad.

De abril/2021 a março/2022, este contrato permitiu a continuidade das reflexões dos momentos anteriores. Com os três supervisores dos outros dispositivos, houve espaço de troca de pontos de vista e interlocução específica junto ao supervisor do CAPS Ad (na situação de uso de substâncias psicoativas na adolescência e a vulnerabilidade familiar em situações de álcool e outras drogas).

Identificamos, eu e a equipe, problemas pontuais em relação a dificuldades na articulação intersetorial: filas para acesso na Atenção Básica, dificuldades de amparo no processo ensino-aprendizagem no retorno às aulas. Para tanto, estabelecemos o *acolhimento estendido* – escutar o caso em mais de uma vez, retomando as articulações possíveis de forma gradual. Isso foi possível na lógica da *correferência* entre os técnicos e da corresponsabilidade da equipe, além da busca de reforço

na própria Rede, com reuniões entre as várias equipes envolvidas em cada caso (Conselho Tutelar, CRAS, CREAS, Judiciário, escolas e saúde).

Também fiquei responsável por compilar as informações do Protocolo de Saúde Mental, vigente desde 2014, atualizando-o, principalmente no aspecto do fluxo dos serviços e entre os dispositivos. Para o texto do CAPSi, as informações foram ajustadas aos documentos oficiais, assim como apresentou-se, como anexo, a nova nomenclatura da Classificação Internacional das Doenças, referente a sua 11ª versão (janeiro/2022).

Particpei de capacitações da Rede, em formato *on-line*, nas comemorações do 18 de maio. Uma delas foi “A Escuta qualificada em Saúde – possibilidades em Saúde Mental”.

De julho/2021 a março/2022, fizemos um estudo detalhado das diretrizes da RAPS e da Política Nacional de Saúde Mental, quinzenal ou mensalmente, na primeira hora das reuniões de equipe. A seguir os temas abordados: diretrizes e definição de CAPS e CAPSi; leis que orientam o CAPSi; definição da RAPS; Nota Técnica 11/2019; Fórum Nacional de Saúde Mental (2004-2012); ações do CAPSi; situações de gravidade na adolescência; equipe multidisciplinar e transdisciplinar; Projeto Terapêutico Singular.

Particpei da construção do Estatuto da Associação Mente Saudável, dos usuários em Saúde Mental. Visitei os psicólogos da Atenção Básica. Também organizei palestras para as escolas municipais, tanto da Educação Infantil quanto do Ensino Fundamental I e II.

Gradativamente, a equipe começou a cumprir as diretrizes da RAPS e a focar nas situações de crise, surto e fase, sem, porém, deixar de dar assistência às situações que, embora não fossem próprias ao CAPSi, demandavam acompanhamento e acolhimento antes de serem encaminhadas. Enfatizaram-se os casos em retorno, pensando se houve equívocos na efetividade das ações. Na exceção dos imprevistos, o retorno demandaria uma articulação fina e ajustada, com vistas à alta.

Uma situação que chamou a atenção e envolveu várias ações foi a dos adolescentes que, na Pandemia, apresentaram mais sofrimento psíquico do que o esperado. Sofrimento demarcado pela ausência de convivência com pares e com outros adultos educadores, diante da ausência da escola, pela manifestação de tentativas de autoextermínio e situações de automutilação, além do uso de substâncias psicoativas. Sobre o uso de substâncias psicoativas, nos encontros com o supervisor clínico-institucional do Caps Ad, pensamos nas possibilidades de trânsito de um dispositivo, CAPSi, ao outro, Caps Ad, quando atingida a maioria. Para estes e todos os adolescentes, pensamos as formas mais efetivas de articulação intersetorial: empregabilidade, ensino formal e capital social. Nos casos de ação do Estado (medida socioeducativa e/ou acolhimento institucional), refletimos sobre manejos que se direcionassem à autonomia e à independência.

Em 2022, mesmo com o retorno às escolas, a falta de uma condução sistemática na aprendizagem dos adolescentes trouxe muitas dificuldades, as quais nem sempre eram percebidas como respondentes a essa conjuntura, sendo atribuídas apenas a eles mesmos. A resistência dos adolescentes era vista pelos adultos de seu entorno como um obstáculo intransponível, gerando mais sofrimento.

Como o trabalho do CAPSi tem sempre vistas à autonomia e à independência, a oferta do máximo de condições possíveis, através da Rede, foi pensada continuamente. Dessa forma, as situações de crise, surto e fase puderam ser manejadas com cuidado, na intenção da brevidade de permanência no dispositivo, sempre que possível.

Para auxiliar neste processo, além das ações descritas neste período, a supervisão clínico-institucional participou do ajuste nas participações da equipe do CAPSi no Matriciamento, de reuniões com o CREAS e no apoio ao “VII Evento sobre Medicalização da Vida e da Sociedade”, que teve, como palestrantes, Maria Cristina Couto Ventura e Rossano Cabral Lima.

Diretrizes ao final – último contrato

O contrato estadual não foi renovado, contudo, houve interesse do município, manifestado pelo Coordenador de Saúde Mental, em estender a parceria por mais um ano. Durante o período de abril de 2022 a março de 2023, as estratégias de trabalho afirmaram-se como mais estáveis, permitindo a criação das oficinas terapêuticas como parte do trabalho do acolhimento estendido, mas também do Plano Terapêutico Singular. As oficinas terapêuticas revelaram-se momentos de observação dos casos que chegavam, além de abordar as situações de gravidade de forma tangencial, apoiando-se no coletivo.

Em respeito à consideração de Delgado (2021. p. 18), que elenca que a atenção psicossocial é um desafio que envolve “a intersectorialidade, a autonomia do sujeito, os direitos de cidadania, a promoção de saúde, as interfaces com as instituições disciplinares do Estado”, este novo período de contratação envolveu uma série de ações para consistir na articulação intersectorial. Junto à Educação, foram realizadas conversas com cada nível de ensino, através dos gestores educacionais. Na Saúde, conversas mensais com os psicólogos da Atenção Básica e com a equipe responsável pelo Ambulatório de Saúde Mental.

Em cada setor, ressaltai a importância de ações integradas, pensando-se a infância e a adolescência como momentos em que o entorno dos adultos e das possibilidades de aposta são fundamentais para apoiar estes dois momentos que, críticos e dinâmicos, fazem acontecer o desenvolvimento. Como ações efetivas, destaco a reordenação do Matriciamento, feita pelo Coordenador de Saúde Mental de Varginha, através da condução pelos psicólogos da Atenção Básica. Isso permitiu que os casos discutidos fossem já pensados nos seus locais de origem, do formato *on-line* para o presencial⁴. No

⁴ No município de Varginha, há uma divisão em quatro quadrantes. Em cada um deles, dividem-se dois psicólogos para os Postos de Saúde da Família/PSF e Unidades Básicas de Saúde/UBS.

dispositivo do CAPSi continuaram as oficinas terapêuticas, as reuniões com a equipe e as reuniões com CRAS, CREAS e Conselho Tutelar.

Conclusões

O trabalho em saúde mental exige acolhimento, cuidado e manejo constantes. A partir das diretrizes para a Saúde Mental, em momentos de crise, exige-se o acompanhamento através dos outros serviços e dispositivos de Saúde e Assistência Social – condição de estabelecimento da RAPS, no dinamismo de contrarreferências, cuidados coletivos em adequação permanente. Ou seja, é um trabalho “sem fim”. Por causa deste término (im)possível, não é raro perceber nos dispositivos o surgimento de um acolhimento que tende ou à permissividade ou ao estabelecimento de sanções quando o usuário não se comporta da forma que os funcionários esperam, na expectativa de um trabalho finalizado.

Cuidar desta percepção é essencial para que o usuário não fique asilado no dispositivo, cronificando-se seus aspectos em sofrimento, favorecendo mais sofrimento e isolamento. Por isso, o rigor do cumprimento das diretrizes e a articulação intersetorial, bancando a firmeza de manutenção de um horizonte de chances. Se para adultos isso é importante, para crianças e adolescentes é fundamental.

Os CAPS's não são ponto de parada, são estações de trânsito, são ferramentas de territorialização – tanto no estabelecimento da rede de cuidados, como de inserção social do usuário. O ponto de parada é a vida, que acontece fora dos dispositivos. Deve-se incentivar o cumprimento das diretrizes preconizadas pelo Ministério da Saúde, impedindo a segregação e o isolamento. Isto deve ser feito na mesma dimensão da continuidade. Repensar o acolhimento, construir Planos Terapêuticos que, além de singulares, devem ser efetivos e elaborados na presença e contribuição do usuário. Desde a apresentação de um caso clínico para as reuniões de equipe até a articulação da situação de cada usuário na rede, que se contemple o lema *que é do usuário que se trata*.

REFERÊNCIAS

BOURDIEU, P. Le capital social: notes provisoires. **Actes de la recherche en sciences Sociales**, v. 31, n. 1, p. 2-3, jan. 1980. Disponível em: https://www.persee.fr/doc/arss_0335-5322_1980_num_31_1_2069. Acesso em: 16 jan. 2024.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Coordenação-Geral de Saúde Mental, Álcool e Outras Drogas. **Nota Técnica nº 11/2019**. Esclarecimentos sobre as mudanças na Política Nacional de Saúde Mental e nas Diretrizes da Política Nacional sobre Drogas. Disponível em: <http://pbpd.org.br/wp-content/uploads/2019/02/0656ad6e.pdf>. Acesso em: 16 fev. 2023.

DELGADO, P. A.. Prefácio – Crianças e adolescentes e o campo da Atenção Psicossocial. In: FERNANDES, A. D. S. A.; TAÑO, B. L.; CID, M. F. B.; MATSUKURA, T. S. (org.). **Saúde Mental de Crianças e Adolescentes e Atenção Psicossocial**. Santana de Parnaíba: Manole, 2021.

LAJONQUIÈRE, L.. À maneira de prefácio, a Pandemia de injustiças e a escola. In: KELLY, R. E. O. G.; BRANDÃO, K. C. B. (org.). **Geração Pandêmica? Reflexões sobre a infância e a adolescência em tempos de pandemia**. Curitiba: Appris, 2023.

LIMA, M. et al. Signs, meanings and practices of crisis management in psychosocial care centers. **Interface - Comunic., Saude, Educ.**, v. 16, n. 41, p. 423-434, abr./jun. 2012.

LYKOUROPOULOS, C. B.; PÉCHY, S. H. S. O que é um CAPSi? In: LAURIDSEN-RIBEIRO, E.; LYKOUROPOULOS, C. B. (orgs.). **O CAPSi e o desafio da gestão em rede**. São Paulo: Hucitec, 2016.

OKA, C. P. B.; COSTA, P. H. A. Os Caminhos da Contrarreforma Psiquiátrica Brasileira: Um estudo documental. **Cadernos Brasileiros de Saúde Mental/Brazilian Journal of Mental Health**, v. 14, n. 40, p. 01-29, 2022. Disponível em: <https://periodicos.ufsc.br/index.php/cbsm/article/view/80847>. Acesso em: 30 abr. 2023.

Saúde mental para crianças e adolescentes: uma experiência de supervisão clínico-institucional no Centro de Atenção Psicossocial Infantojuvenil do município de Itabira, Minas Gerais

Dirley Lellis dos Santos Faria

Introdução

Historicamente, o vazio no campo da atenção pública para crianças e jovens com sofrimento mental e a falta de uma diretriz política para instituir o cuidado nesta área foram preenchidos por instituições, na sua maioria de natureza privada e/ou filantrópica, que, durante muitos anos, foram as únicas opções de acompanhamento, orientação e/ou atenção dirigidas às crianças, aos adolescentes e aos seus familiares (Brasil, 2005).

É muito recente a tomada de responsabilidade do Estado pelo cuidado de crianças e adolescentes com problemas mentais no Brasil. Apenas no início do século XXI foram propostas ações, sob o marco da atenção psicossocial no Sistema Único de Saúde (SUS), para o desenvolvimento de redes de cuidado, suporte e tratamento dessa população (Couto; Delgado, 2016). Embora já existissem no país experiências de serviços infantojuvenis na perspectiva da luta antimanicomial desde meados da década de 1990, à exemplo do Centro de Referência em Saúde Mental Infantojuvenil (CERSAMI) de Betim (MG) e o “Pequeno Hans” do Rio de Janeiro (RJ), somente em 2001 foi instituído o Centro de Atenção Psicossocial Infantojuvenil (CAPSi)¹ como dispositivo da Atenção Psicossocial (Brasil, 2001).

¹ Usaremos a nomenclatura Centro de Atenção Psicossocial Infantojuvenil (CAPSi), de acordo com a legislação vigente (Lei n.º 10.216 de 2001). No entanto, em vários artigos

Em agosto de 2004 foi também instituído o Fórum Nacional de Saúde Mental Infantojuvenil pela Portaria MS/GM n.º 1.608, sendo este um importante espaço de discussão e de articulação intersetorial, objetivando debater as diferentes questões relacionadas à saúde mental de crianças e adolescentes, oferecendo subsídios para a construção das políticas públicas voltadas a essa população (Brasil, 2004).

Em 2005 foi publicado pelo Ministério da Saúde o documento “Caminhos para uma Política de Saúde Mental Infanto-juvenil” (Brasil, 2005), com os princípios e diretrizes para o cuidado de crianças e adolescentes com sofrimento mental grave e persistente. Nesse documento, considerou-se como primordial a articulação entre diferentes setores e a construção permanente da rede intersetorial, sendo de responsabilidade dos serviços o acolhimento universal e o encaminhamento responsável com a corresponsabilização dos distintos atores envolvidos (Braga; Oliveira, 2019).

No entanto, mesmo com a existência de uma política pública de Saúde Mental para Crianças e Adolescentes (SMCA) há quase 20 anos, a assistência a essa população ainda é um desafio para a Reforma Psiquiátrica brasileira, principalmente após os retrocessos dos últimos seis anos. A atenção a crianças e adolescentes, ainda que um compromisso prioritário pela Constituição Federal (Brasil, 1988) e pelo Estatuto da Criança e do Adolescente (Brasil, 1995), não é traduzido em compromisso político e de gestão no que concerne ao financiamento para a criação de novos equipamentos, manutenção e ampliação dos equipamentos existentes (Garcia; Santos; Machado, 2015; Taño; Matsukura, 2015). Além da necessidade de ampliação numérica dos CAPSi em todo o país, há que se levar em conta a complexidade e a especificidade que envolve esse tipo de cuidado.

verificarmos o uso da sigla CAPSIJ. Alguns autores também questionam o termo infantojuvenil e fazem referência a “crianças e adolescentes”, chamando a atenção para as diferenças e a complexidade do cuidado a essa clientela.

Iremos discutir essa temática a partir da experiência de supervisão clínico-institucional no CAPSi da cidade de Itabira, Minas Gerais.

O processo de supervisão clínico-institucional no CAPSi

Ao iniciar meu trabalho como supervisora clínico-institucional no CAPSi de Itabira, percebi um mal-estar com relação ao papel desse dispositivo da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) no município. Havia uma queixa de diversos lugares de que o serviço não atendia a demanda. A gestão da Saúde Mental (SM) dizia de uma ambulatorização dos atendimentos, dificuldade no cuidado com as crises e baixo número de acolhimento diurno no dispositivo de permanência-dia. Perguntava-me se havia uma comparação com os serviços de adultos.

A equipe do CAPSi, por sua vez, falava de agendas cheias e dificuldades da Rede entender quem realmente deveria encaminhar ao serviço. Havia um desconforto com relação aos frequentes encaminhamentos de setores como judiciário, assistência social e escolas.

Nessa conjuntura, foi solicitado a mim, enquanto supervisora, que ajudasse a equipe a elaborar um novo projeto para o CAPSi. O serviço fora construído há 15 anos e percebia a necessidade de atualizá-lo.

O CAPSi de Itabira fora inaugurado em 30 de novembro de 2006. Teve como objetivo central prestar assistência multiprofissional às crianças e aos adolescentes em sofrimento mental intenso e persistente do município e da microrregião, sendo esta composta por treze municípios e com população total estimada, atualmente, em 239.437 habitantes (Brasil, 2021). Sua responsabilidade com relação aos demais municípios foi pactuada como sendo os atendimentos às situações de crise e os atendimentos psiquiátricos ambulatoriais.

O CAPSi foi inaugurado logo após a promulgação da Política Nacional de Saúde Mental Infantojuvenil (PNSMIJ), justificando sua necessidade devido a internações de crianças e adolescentes nos serviços de Belo Horizonte. Neste sentido, atingiram o objetivo,

deixando de encaminhá-los ao Centro Psíquico da Adolescência e Infância (CEPAI/FHEMIG²), conforme nos confirma a equipe do mesmo.

Iniciamos, então, o processo de supervisão passeando pelo documento “Caminhos para uma Política de Saúde Mental Infanto-juvenil” (Brasil, 2005), com o objetivo de entender seus princípios e diretrizes. Era importante compreender o que era proposto para esse dispositivo a partir das legislações nacionais de saúde mental, visto que diagnosticamos uma indefinição da Rede sobre o papel e missão do CAPSi. Nesse documento foram descritos os seguintes princípios para o cuidado na SMCA:

1. A criança ou o adolescente a cuidar é um sujeito e, como tal, é “responsável pela sua demanda, pelo seu sofrimento e seu sintoma”³ (p. 11). Também são sujeitos de direitos, dentre os quais se situa o direito ao cuidado. Tal noção de sujeito implica, ainda, a de singularidade, que impede que esse cuidado se exerça de forma homogênea, massiva e indiferenciada. E finalmente, são sujeitos de fala, portanto, é preciso favorecer espaços de voz e escuta aos mesmos. Reconhece-se, assim, o sofrimento mental da criança ou do adolescente como próprios;

2. Acolhimento universal, de modo que as portas de todos os serviços públicos de saúde mental infantojuvenil devem estar abertas a todo aquele que chega, ou seja, toda e qualquer demanda dirigida ao serviço de saúde do território deve ser acolhida, isto é, recebida, ouvida e respondida. Isso não implica que todo aquele que procurar o CAPSi terá que ser necessariamente absorvido nos modos de tratamento existentes no serviço em questão, mas na ideia de que acolher, ouvir e reconhecer a legitimidade da procura já é uma forma de cuidado, sempre possível, que pode dar lugar a diferentes encaminhamentos, segundo o caso;

² Fundação Hospitalar do Estado de Minas Gerais

³ Responsável no sentido de que responde, dá respostas, fala e elabora sobre sua demanda, sofrimento e sintoma.

3. Encaminhamento implicado – esse princípio exige que aquele que encaminha se inclua no encaminhamento, se responsabilize pelo estabelecimento de um endereço para a demanda, acompanhe o caso até seu novo destino, construindo redes;

4. Construção permanente da rede – trabalho com os demais serviços e equipamentos do território. Tal concepção de rede articula a ação do cuidado com o que se situa para fora e para além dos limites da instituição.

5. Território – campo que ultrapassa, em todos os sentidos, o recorte meramente regional ou geográfico, que, no entanto, importa nele. O território é tecido pelos fios que são as instâncias pessoais e institucionais que atravessam a experiência do sujeito, abrangendo a casa deste, a escola, a igreja, o clube, a lanchonete, o cinema, a praça, a casa dos colegas, o posto de saúde e todas as outras, incluindo-se centralmente o próprio sujeito na construção do território. Assim, o território é o lugar psicossocial do sujeito;

6. Intersetorialidade na ação do cuidado – o trabalho dos serviços de saúde mental infantojuvenil deve incluir, no conjunto das ações a serem consideradas na perspectiva de uma clínica no território, as intervenções junto a todos os equipamentos, sejam estes de natureza clínica ou não, que, de uma forma ou de outra, estejam envolvidos na vida das crianças e dos adolescentes dos quais se trata de cuidar.

Em síntese, para a PNSMIJ (Brasil, 2005), os CAPSi devem assumir uma função social que extrapola o fazer meramente técnico-assistencial. Essa função se traduz em ações, tais como acolher, escutar, cuidar, contribuir para o processo emancipatório, melhorar a qualidade de vida das crianças e adolescentes com sofrimento mental, tendo-os como seres integrais e com direito a plena participação e inclusão em sua comunidade, partindo de uma rede de cuidados que leve em conta as singularidades de cada um e as construções que cada sujeito faz a partir de seu quadro (Taño; Matsukura, 2015).

Discutimos, então, cada um desses princípios, refletindo sobre como estavam sendo aplicados no CAPSi de Itabira. Buscamos também compreender alguns conceitos importantes para nosso trabalho em SM, tais como: Clínica Ampliada, Técnico de Referência (TR), Projeto Terapêutico Singular (PTS), construção de caso clínico, entre outros.

Nesse processo de discussão e reescrita do projeto do CAPSi, ressaltamos o papel primordial da intersetorialidade e do trabalho em rede para o cuidado de crianças e adolescentes. Compreendemos a intersetorialidade como práticas contextualizadas, sendo apoiadas por diferentes atores sociais, num exercício cotidiano de corresponsabilização pelo cuidado, pela construção de projetos de vida e pela garantia de direitos (Taño; Matsukura, 2015).

Considerando a trajetória histórica de violação dos direitos de crianças e adolescentes no Brasil e a necessidade de reordenação das práticas que possam de fato garanti-los, o trabalho na perspectiva da construção de redes intersetoriais situa-se enquanto um posicionamento metodológico e ético central. A cobertura em SMCA, assim, não pode ficar restrita à oferta de serviços de saúde mental, embora seja um ponto importante, mas deve ser potencializada pela articulação e pelo cuidado colaborativo entre diferentes setores.

Os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), em lugar de serviços especializados, integram ao mandato terapêutico o mandato de agenciamento da rede de cuidados em saúde mental no âmbito dos seus territórios, com excessiva ampliação do escopo de suas ações. “O CAPSi deve ser, dessa forma, tomado como um dispositivo estratégico na construção da rede de atenção em SMCA e não apenas como um fim assistencial em si” (Couto; Delgado, 2016, p. 168). Nesse sentido, foi importante destacar com os profissionais de Itabira o papel de articuladores da rede.

Era necessário sair do lugar defensivo e ensimesmado para desempenharem um papel de articuladores e de gestores de demandas: desafio para a equipe. Fomos, então, buscando fortalecer

os profissionais na sua capacidade de dialogar e defender os princípios da SMCA, tomando consciência do quanto eles construíram ao longo dos seus 15 anos de existência e da necessidade de se afirmarem enquanto um serviço articulador.

Foi importante destacar que a ideia de construção de rede tem estreita relação com a concepção de clínica ampliada. Nessa concepção, as particularidades de cada caso são os determinantes para a construção de sua rede de suporte. Assim, nas redes, podem coexistir desde os recursos formais de um território (instituições e serviços), até os recursos informais e intersetoriais. A rede depende da intervenção de uma presença viva para a sua construção; depende de que um serviço, equipe ou profissional faça valer sua necessidade e direção. A presença viva é o agente que protagoniza o processo (Couto; Delgado, 2016).

Segundo os autores supracitados, a SMCA terá como desafio afirmar, com sua presença viva nos diferentes territórios, os efeitos inclusivos que poderão advir de um cuidado pautado no reconhecimento da criança ou adolescente como sujeito pleno: espera-se dos CAPSi que os mesmos possam funcionar como “motor” ou como “usina” de uma rede, em um território, para um determinado caso, a partir da orientação ética da tomada de responsabilidade pelas questões da SMCA. A orientação da PNSMIJ é que sejam criadas redes locais intersetoriais e ampliadas de cuidado, cabendo ao próprio CAPSi a função de iniciar o processo dessa construção nos territórios onde estão implantados. Nesse sentido, foi necessário fomentar na equipe a necessidade de o serviço constituir-se como uma presença viva no seu território, processo que vem sendo construído nas supervisões.

No processo de reconstrução do projeto do CAPSi de Itabira, fomos desconstruindo também alguns mal-entendidos, tais como o fato de não atender crianças e adolescentes com Transtorno do Espectro do Autismo (TEA). Fomos verificando que havia atendimentos pontuais desses casos, mas os profissionais não se reconheciam como constituindo um serviço capaz de oferecer uma atenção a essa clientela

específica. Muitas vezes, encaminhavam prontamente à Associação dos Pais e Amigos dos Excepcionais (APAE), reconhecendo apenas o aspecto da deficiência. Entendiam que no CAPSi seriam atendidas somente as situações de crises ou consultas psiquiátricas.

Como venho de um serviço infantojuvenil pioneiro em atendimento a SMCA – o CERSAMI de Betim – e temos desenvolvido há muitos anos um trabalho com crianças e adolescentes que apresentam TEA em dispositivos clínicos diversos, tais como atendimentos individuais; atendimentos às famílias; acolhimento diurno; atendimentos coletivos, como os Módulos Terapêuticos (Gontijo; Moraes, 2012); buscamos aprofundar o estudo da Linha de Cuidado para a atenção às pessoas com TEA.

A implantação de uma rede de CAPSi, inspirada por experiências locais exitosas (como a de Betim, MG, e as dos CAPSi Pequeno Hans e Eliza Santa Roza, no Rio de Janeiro), foi a primeira iniciativa no campo da saúde mental a incluir a atenção às pessoas com TEA e seus familiares, de modo destacado, mas não especializado. O Transtorno do Espectro do Autismo se destaca nesse contexto pela gravidade em relação ao desenvolvimento psíquico e relacional da criança desde os primeiros anos de vida, restringindo sua autonomia e normatividade, gerando do sujeito e de sua família. A partir da implantação desses serviços, um grupo de crianças e adolescentes que contava com cobertura pública de saúde próxima a zero passou a dispor de equipes multidisciplinares, assegurando acompanhamento continuado, atendimentos em espaços individuais e/ou coletivos, espaços de escuta aos pais, acesso à medicação, além de esforços de articulação com outros setores que também acolhem as pessoas com TEA, especialmente no campo da educação, possibilitando a produção de novos itinerários de vida (Brasil, 2013, p. 104).

No documento “Linha de Cuidado para a Atenção às pessoas com Transtornos do Espectro do Autismo e suas famílias na Rede de Atenção Psicossocial do Sistema Único de Saúde” (Brasil, 2013), o CAPS é definido como um dos serviços de referência para o cuidado às pessoas com TEA, independente de sua idade. Também é função do CAPS ofertar apoio matricial às Equipes de Saúde da Família e aos pontos de atenção às urgências, apoiando e subsidiando o processo

diagnóstico, o acompanhamento direto das situações graves e se corresponsabilizando pela atenção às urgências.

Buscamos, posteriormente, articular a rede de cuidado a essas pessoas, formando um fórum. Têm participado desse Fórum o CAPSi, a APAE, a equipe de educação inclusiva do município, a Atenção Básica em Saúde e o Centro de Especialidades Clínicas. A proposta é promover o cuidado integral das mesmas, seguindo os princípios e diretrizes da PNSMIJ.

Entendemos que a criatividade e a imaginação para a criação de outras estratégias de cuidado e de produção de saúde podem ser colocadas em marcha com arranjos mais coletivos de trabalho, conforme marcam Taño e Matsukura (2015). Para essas autoras, os benefícios do contato com a rede não se direcionam apenas à troca de informações, mas também à elaboração conjunta de outras propostas de atenção, incorporando o cuidado com as famílias e as comunidades. Percebemos que estamos construindo tal experiência nesse Fórum.

Nesse papel de articulador da rede, também temos estimulado maior aproximação com os serviços de assistência social, como o CREAS, o CRAS e os abrigos. Temos discutido casos de adolescentes em situação de vulnerabilidade, fora do ambiente familiar e com questões judiciais, acarretando demandas para a SM. Sentimos necessidade de conhecer a linguagem de cada setor e também as abordagens específicas de cada um. Entendemos que temos como desafios a judicialização e a medicalização de crianças e adolescentes, já que a sociedade traz para a SM frequentemente uma demanda de controle e normatização. Podemos, a partir da escuta da singularidade de cada caso, contribuir para a desconstrução de problemas sociais em patologias.

Também no processo de supervisão foi necessário discutir a organização do trabalho dentro do CAPSi. Foi importante discutir dispositivos coletivos, tais como atendimentos em grupo e oficinas terapêuticas, bem como atividades fora do serviço, numa perspectiva de cuidado ampliado. Esse cuidado se refere à noção de clínica ampliada,

entendida como a incorporação na lida quotidiana dos serviços de saúde mental “das dificuldades concretas da vida acarretadas pela doença mental” (Couto; Delgado, 2016). Assim, atividades escolares, esportivas e culturais podem fazer parte do PTS, cabendo ao TR articular espaços de discussão do caso.

Como metodologia do trabalho de supervisão, referenciamo-nos na construção de casos clínicos, entendendo-a como um dispositivo que tem como proposta possibilitar uma escuta clínica de toda a equipe, com o objetivo de construir a direção do tratamento (Viganó, 2010; Figueiredo, 2004; Pena, 2017). Segundo Viganó (2010), a construção dos casos praticada por todos os operadores da Saúde Mental vem se revelando, além de um potente instrumento de formação, um modo de avaliar e, portanto, de melhorar a qualidade clínica do trabalho. Eis a aposta dessa experiência.

Entendemos que a construção do caso clínico possibilita à equipe aprender com aquele que atende e intervir para que cada pessoa, à sua maneira e de acordo com suas especificidades, consiga construir um lugar no mundo. A lógica da construção do caso clínico pressupõe a desconsideração de hierarquias para que todos sejam vistos como operadores. Toda a equipe deve se abrir ao novo e à singularidade para escutar a criança ou o/a adolescente e se surpreender com eles, favorecendo suas invenções e possibilitando-lhes construir vínculos sociais (Pena, 2017). A finalidade da construção deve ser a de partilhar determinados elementos de cada caso em um trabalho conjunto. Assim, entendemos que é importante expandir essa experiência para a rede intersetorial.

A construção do caso clínico é, ainda, um arranjo dos elementos do discurso visando a uma conduta. Lembrando que a criança é sujeito de fala e que precisamos primeiramente escutá-la. Assim, a construção do caso pode conter elementos trazidos pelos familiares e pelas instituições envolvidas no cuidado, mas não pode perder o fio da meada que é a referência ao sujeito em questão. No processo metodológico de

sua construção, temos inicialmente a história – relato clínico, este rico de detalhes, cenas e conteúdos, trazidos pelos diferentes operadores. Cabe-nos, a partir da história, extrair intervenções na condução do tratamento e do que é decantado desse relato.

Nesse sentido, precisamos ser “aprendizes da clínica”, colhendo das produções dos sujeitos os indicadores de seu tratamento, para não impor às crianças ou aos adolescentes condutas pedagógicas ou morais que achamos corretas. Segundo Figueiredo (2004), serem “aprendizes da clínica” implica uma posição da equipe em formular boas questões, verificar os efeitos de suas intervenções, tomar novas decisões ou dar um novo rumo a cada caso a partir das indicações dos sujeitos. Indicações estas que não são tão óbvias ou intencionais, mas que estão dadas de algum modo no sintoma e em diferentes manifestações dos sujeitos.

Buscamos, então, nesse processo de supervisão, embasar-nos nessa compreensão de construção de caso clínico e de “aprendizes da clínica” para fazer emergir em todos os componentes da equipe do CAPSi de Itabira uma “autoridade clínica” (Pena, 2017). Entendemos que essa compreensão fortalece a equipe e lhe dá recursos para discutir com a rede, não como quem tem um saber pronto e acabado, mas reconhecendo os demais como parceiros no cuidado. Ainda, entendemos que é fundamental montarmos um “quebra-cabeça” a várias mãos, quando pessoas se reúnem em torno de uma situação preocupante de uma criança ou adolescente. As peças são os fragmentos da história e dos percursos dos distintos sujeitos por cada um dos serviços. A partir daí, podemos pensar condutas e projetos.

Nesse processo de construção do caso clínico foi importante também trabalharmos a compreensão do diagnóstico não apenas no sentido classificatório, mas no sentido processual. O diagnóstico na criança e adolescente, às vezes, é também como um quebra-cabeça: precisa de atenção e de tempo.

O diagnóstico, segundo Arantes (2014), contém dois componentes: processo e classificação, os quais se relacionam dinamicamente. Como processo, temos todas aquelas atividades exercidas pelos profissionais com o objetivo de compreender, de forma abrangente e detalhada, a natureza das dificuldades de um sujeito singular. O resultado desse processo é a construção de uma narrativa aberta a respeito desse sujeito, procurando relacionar seu passado e seus problemas atuais com as possíveis causas subjacentes, sejam estas internas – biológicas ou psicológicas – ou relacionadas ao seu contexto de vida – ecológico ou social. O processo coloca em destaque a pessoa singular, com sua história e características únicas, fornecendo o contexto indispensável à compreensão do sofrimento mental de cada sujeito. Somente o diagnóstico processual é capaz de identificar a função e o significado subjetivos das queixas e sintomas manifestados por cada pessoa.

Na classificação diagnóstica, as queixas, os sintomas, os sinais e, eventualmente, os resultados dos exames complementares apresentados pelo sujeito a ser “diagnosticado”, servem para definir uma classe ou categoria nosológica em que o mesmo possa ser alocado. Nela, o que importa é a identificação dos elementos que são compartilhados pelas diversas pessoas que manifestam problemas ou transtornos mentais semelhantes. Neste exercício de “fazer caber as pessoas nas classes”, o destaque é dado às síndromes, aos transtornos ou doenças, aos aspectos formais descritivos dos sintomas e sinais manifestos, e às populações ou grupos de pacientes.

Portanto, o componente processual é extremamente importante ao cuidado a que nos propomos e entendemos que, muitas vezes, o CAPSi fica perdido diante da contínua e exigente demanda de uma classificação nosológica por parte de diferentes serviços. A equipe deu-se conta de que é necessário tempo e atenção para um cuidado com as crianças e os adolescentes, o que promoveu um certo alívio diante das exigentes demandas.

A partir dos casos clínicos apresentados pela equipe do CAPSi de Itabira, fomos reconhecendo uma clínica apurada, na qual distintos dispositivos estavam sendo articulados. A equipe foi aos poucos se apropriando do quanto faziam e da importância do trabalho realizado, fortalecendo-se também no processo de articulação da rede.

Ainda nesse processo de supervisão clínico-institucional, estivemos presente em eventos como a Conferência Municipal de Saúde Mental do município, alguns seminários e reuniões com a Rede, levantando as questões próprias da SMCA e buscando que as mesmas estivessem em pauta nos diversos espaços de discussão. Nesse sentido, o papel da supervisão se estende para o território, cabendo-nos ser “presença viva” no mesmo.

Considerações finais

O trabalho de supervisão clínico-institucional no CAPSi de Itabira se mostrou potente, principalmente porque encontramos uma equipe disposta e aberta às propostas vindas da supervisora. As trabalhadoras, pois a maioria eram mulheres, se implicaram no estudo e na reformulação do projeto e isto contribuiu bastante para o processo inicial.

Ressaltamos aqui a importância de compreender a Política Nacional de Saúde Mental Infantojuvenil, seus princípios e diretrizes, para afirmarmos o lugar dos CAPSi. Esses serviços têm duas funções: uma assistencial e outra de ordenação da rede, de articulação dos serviços. Importante que se exerçam essas funções articuladamente.

É na articulação dos diversos serviços que poderemos promover a atenção integral para crianças e adolescentes, bem como para suas famílias. Essa articulação pode se dar, por exemplo, pela construção de casos clínicos na qual diferentes setores podem, por meio de uma escuta apurada, formular propostas para o cuidado de crianças e adolescentes com as quais trabalham, em um processo de corresponsabilização. O papel de supervisor, portanto, vai além dos serviços de SM. Tem também uma responsabilidade com a rede intersetorial, no sentido de

fomentar o cuidado integral das crianças e adolescentes e de promover a composição de redes de cuidado.

Assim, a supervisão clínico-institucional contribui para os serviços de SMCA, no sentido de promover a reflexão sobre seu papel na rede e de construir novos lugares de ação, bem como de promover a construção de casos clínicos de forma articulada e corresponsável, buscando a formação dos trabalhadores e a melhor qualidade clínica dos serviços.

REFERÊNCIAS

ARANTES, Ricardo Lugon; SILVA, Marco Manso Cerqueira; Araújo, Lília Oliveira. **Saúde Mental na Infância e Adolescência: Atenção Psicossocial na infância e adolescência.** Florianópolis (SC): Universidade Federal de Santa Catarina, 2014.

BRAGA, Claudia Pellegrini; OLIVEIRA, Ana Flávia Piris Lucas. Políticas públicas na atenção à saúde mental de crianças e adolescentes: percurso histórico e caminhos de participação. **Ciência e Saúde Coletiva**, São Paulo, v. 2, n. 24, p. 401-410, fev. 2019.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Lei n.º 10.216, de 03 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. Brasília, DF: Diário Oficial da União, 2001.

BRASIL. **Estatuto da Criança e do Adolescente.** 5ª ed. São Paulo: Saraiva, 1995.

BRASIL. Ministério da Saúde. Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde [DATASUS]. **Informações de Saúde (TABNET):** População Residente – Minas Gerais. Disponível em: <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?ibge/cnv/popmg.def>. Acesso em: 18 jan. 2024.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria n.º 1.608, de 03 de agosto de 2004.** Constitui Fórum Nacional sobre Saúde Mental de Crianças e Adolescentes. Brasília, DF: Diário Oficial da União, 2004.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Caminhos para uma política de saúde mental infanto-juvenil.** 2. ed. rev. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2005.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Especializada e Temática. **Linha de cuidado para a atenção às pessoas com transtornos do espectro do autismo e suas famílias na Rede de Atenção Psicossocial do Sistema Único de Saúde.** Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2013.

BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil.** Brasília, DF: Centro Gráfico, 1988.

COUTO, Maria Cristina Ventura; DELGADO, Pedro Gabriel Godinho. Presença Viva da Saúde Mental no Território: construção da rede pública ampliada de atenção para crianças e adolescentes. In: LAURIDSEN-RIBEIRO, Edith; LYKOUROPOULOS, Cristiana Beatrice (orgs.). **O Capsi e o desafio da gestão em Rede**. São Paulo: Hucitec, 2016. p. 161-192.

FIGUEIREDO, Ana Cristina. A construção do caso clínico: uma contribuição da Psicanálise à psicopatologia e à saúde mental. **Revista Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental**, v. 7, n. 1, p. 75-86, jan. 2004.

GARCIA, Grey Yuliet Ceballos; SANTOS, Darci Neves; MACHADO, Daiane Borges. Centros de Atenção Psicossocial Infantojuvenil no Brasil: distribuição geográfica e perfil dos usuários. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 31, n. 12, p. 2649-2654, dez. 2015.

GONTIJO, Ana Maria Correa de Paula; MORAIS, Rosângela Rodrigues. Módulo Terapêutico: um dispositivo de tratamento. In: FERREIRA, Tânia; BONTEMPO, Valéria Lima (orgs.) **Crianças e Adolescentes: o cuidado em saúde mental - o trabalho feito por muitos**. 1 ed. Curitiba, PR: CRV, 2012. p. 167-171.

PENA, Breno Ferreira. A construção do caso em saúde mental como meio de sustentar o discurso do analista na instituição. **Estudos de Psicanálise**, Belo Horizonte, n. 47, p. 135-140, jul. 2017.

TAÑO, Bruna Lúdia; MATSUKURA, Thelma Simões. Saúde mental infantojuvenil e desafios do campo: reflexões a partir do percurso histórico. **Cadernos Brasileiros de Terapia Ocupacional**, v. 23, n. 2, p. 439-447, 2015.

VIGANÒ, Carlo. A construção do caso clínico. **Opção Lacaniana on-line**, ano 1, n. 1. p. 1-9, 2010. Disponível em: http://www.opcaolacanianana.com.br/pdf/numero_1/a_construcao_do_caso_clinico.pdf. Acesso em 31 de julho de 2023.

Reflexões a partir de uma experiência de supervisão clínico-institucional no campo álcool e outras drogas

Daniela Maria Dinardi Alves Pinto

Neste texto, proponho refletir e registrar parte da experiência que tive ao longo de um ano de trabalho como supervisora clínico-institucional no campo álcool e outras drogas na Rede de Atenção Psicossocial de Belo Horizonte (RAPS-BH).

O Projeto de Supervisão Clínico-institucional da RAPS-BH introduziu a figura de dois supervisores transversais – um no campo da infância e adolescência e outro no campo álcool e outras drogas –, além dos nove supervisores territoriais. Uma transversalidade a princípio interessante, considerando que os Centros de Referência em Saúde Mental, Álcool e outras Drogas (CERSAMs AD)¹ de Belo Horizonte recebem usuários de outras regionais além daquela na qual está localizado e que podem ser atendidos em outros dispositivos como, por exemplo, a Unidade de Acolhimento Transitório, o Consultório na Rua e outros pontos da rede que são construídos pela singularidade que o tratamento de cada usuário possibilita. Este mesmo cenário é também verificado no campo da infância e adolescência.

O referido projeto de supervisão apresentou como um de seus objetivos analisar o funcionamento dos serviços e sua interface com os demais pontos da rede que compõem a RAPS-BH, contribuindo para uma maior articulação e integração entre eles. A partir desse contexto, como poderíamos pensar a contribuição dessa transversalidade

¹ Em Belo Horizonte, os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) recebem o nome de Centros de Referência em Saúde Mental (CERSAM). Na atenção aos usuários de álcool e outras drogas, são designados como CERSAM AD, e, na atenção à infância e à adolescência, como CERSAMi.

enquanto facilitadora do trabalho em rede e sua articulação na atenção psicossocial e na política de álcool e outras drogas na cidade de Belo Horizonte?

Sublinhamos que trabalhar nesse campo pressupõe acolher e tratar pessoas que fazem uso prejudicial de substâncias psicoativas. São as pessoas que nos interessam, não as drogas. Estamos diante de uma situação complexa e de difícil solução em todos os aspectos, que abarca não só a saúde mental, mas também outros setores da saúde, além da segurança pública, do sistema de justiça em geral, da educação, da assistência social. Enfim, abarca setores de todas as esferas da vida social, para a qual não há uma solução universal que responda, como aponta Laurent (2011, p. 61):

Não há uma solução universal, teremos que passar ao múltiplo, a considerar os efeitos da droga, em sua especificidade própria. Precisamos nos introduzir em uma tolerância com relação ao impossível, sem ceder nem à resignação, nem ao cansaço, diante de uma carreira que concerne ao impossível. Isso implica em uma modéstia ativa dos políticos, dos terapeutas, dos psicanalistas, psiquiatras e de todos os que estão envolvidos nessa carreira multidisciplinar, a modéstia de como abordar este impossível em todas as suas facetas.

Laurent (2011, p. 61) também indica que “a droga nos confronta com os limites do paradigma problema-solução e pontua o tratamento pelo sujeito”, no qual se inclui a singularidade de cada um e a particularidade de sua escolha por determinada substância.

Da rede à “rede de redes”

A atenção em rede à pessoa em uso prejudicial de álcool e outras drogas de Belo Horizonte é constituída por diferentes serviços e dispositivos pelos quais os usuários circulam (PBH, 2022a). Na rede temos as Equipes de Saúde da Família na Atenção Primária à Saúde, os profissionais de saúde mental nos Centros de Saúde, as equipes de Consultório na Rua, os CERSAMs, CERSAMs AD e CERSAMis, a Unidade de Acolhimento Transitório (adulto e infantil), os Centros de Convivência,

o Serviço de Urgência Psiquiátrica, entre outros. Deparamo-nos com um coletivo de trabalhadores de diferentes formações e, em jogo, uma multiplicidade de discursos. Um usuário pode ser atendido em vários serviços, como, também, por diferentes profissionais de um mesmo serviço.

Os CERSAMs, serviços substitutivos aos hospitais psiquiátricos, nasceram no engajamento de uma prática clínica de inspiração antimanicomial, a qual comporta uma lógica contrária ao modelo normativo, moralizante e que, por vezes, demanda a todos, sejam eles profissionais ou usuários, uma invenção contínua de seu cotidiano. Para cada indivíduo, um projeto terapêutico a ser construído, o que permite, ao mesmo tempo em que exige, uma interlocução constante da equipe que ali se propõe a trabalhar, em um processo de formação contínua. Um desafio para o qual são necessários disposição, desejo e modéstia para manejar o que é possível para cada um.

A rede, em que pese parecer ser uma solução, não o é por si só. É preciso dar uma direção que possibilite uma rede viva, constituída e animada em torno da singularidade de cada paciente, tal como Garcia (2011) indica em seu texto “rede de redes”. Ele propõe pensar uma nova estrutura da prática de atendimento e de cuidados em saúde mental, a qual não se apresente sempre no mesmo lugar e que não submeta os sujeitos à uniformização e consequente segregação. A “rede de redes”, a partir do acontecimento e da singularidade, faz contraponto à dimensão macro, própria do planejador, técnico, burocrata. O autor alerta para que estejamos à altura de nossos tempos e, assim, façamos progredir nossa prática e futuras elaborações, apontando o atendimento múltiplo como a melhor via de passagem no momento atual. Como, então, realizar um trabalho em rede na vertente proposta por Garcia (2011), ou seja, de modo não protocolar, não hierárquico e não burocrático?

No texto “A construção do caso clínico”, Viganó (2012) faz referência a duas instituições e, por conseguinte, duas maneiras

de conceber a condução do tratamento: uma que se estrutura conforme uma hierarquia, constituída pelos diferentes saberes dos vários profissionais e suas funções, compondo a partir disso um projeto terapêutico global definido pelo saber profissional; e outra, cuja orientação clínica se organiza a partir do saber do paciente e da construção do caso clínico. Nesta última, abre-se a possibilidade de o sujeito construir uma demanda sobre seu sofrimento, condição fundamental no tratamento de pessoas em uso prejudicial de álcool e outras drogas. Permite, assim, introduzir a singularidade na construção do projeto, tornando-o do paciente e não *para* o paciente.

Trabalhar com essa referência, em que a instituição se organiza a partir do saber do paciente e do que é possível operar, orientado pela construção do caso, é um desafio muito interessante e que se articula com o que é proposto por Garcia (2011). A singularidade faz contraponto ao universal e, ao mesmo tempo em que privilegia a clínica do um a um, permite intervir de forma construtiva no coletivo, seja de uma instituição, seja de uma rede: “A instituição, em sua articulação com cada caso único, se desdobra em instituições a serem tratadas uma a uma” (Pinto, 2010, p. 149). Nesse sentido, a transversalidade da supervisão clínico-institucional no campo álcool e outras drogas possibilita ler o modo de funcionamento de cada lugar, localizando seus impasses e convidando os profissionais, a partir de uma responsabilidade coletiva, a se orientarem pelo caso clínico, na concepção de que a rede se forma pela costura, ponto a ponto, que cada caso exige. Quem cria, quem faz a rede existir, é o sujeito. O trabalho da supervisão deve levar em conta todos esses aspectos, na perspectiva do atendimento múltiplo, numa “rede de redes” que articule os conceitos de sujeito, território e autonomia, de tal forma que ressoe na subjetividade de cada usuário.

Nessa perspectiva, a formação de parcerias faz-se necessária, em uma composição intersetorial entrelaçada com o campo da saúde. É uma prática artesanal, viva e de criação permanente, que exige do profissional dialogar com outras disciplinas e outras áreas de saber

e produção. Luciano Elia (2015, p. 251) enfatiza que os profissionais precisam estar sintonizados e imbuídos de um “espírito psicossocial”, que tome o trabalho para além de suas fronteiras sanitárias, e atentos à ampliação dos horizontes territoriais. A transversalidade do cuidado no tratamento para pessoas que fazem uso abusivo de álcool e outras drogas extrapola a lógica territorial. A complexidade dos casos e das situações se entrelaçam de tal modo que exigem soluções as mais diversas possíveis. Dessa forma, pensar o território é pensar para além de sua fronteira geográfica ou sanitária, é tomar a ideia do território subjetivo como um mapa e cada um enquanto sujeito.

Possibilitar que o trabalho aconteça dentro e fora do CERSAM AD não só é necessário para articulação e construção de uma “rede de redes”, como também é uma estratégia interessante de arejamento e renovação dos profissionais frente ao desafio de não se entregar ao automatismo presente no cotidiano. Em Belo Horizonte, a coordenação da Política de Saúde Mental em Álcool e outras Drogas da Secretaria Municipal de Saúde criou o Projeto Trabalho e Renda. Trata-se de uma proposta de ampliação de ofertas, através de parcerias, que possibilitem aos usuários novas experimentações:

Uma das nuances que tem aparecido cada vez mais é que, para cuidar de pessoas que fazem uso dessas substâncias de forma prejudicial, é preciso pensar de maneira ampla, contornando os desafios da clínica de álcool e outras drogas e trazendo diversas políticas públicas para conversar e construir uma narrativa e uma atuação que dê conta da complexidade do tema. Neste contexto, torna-se um desafio pensar a inserção ou reinserção dos usuários e usuárias no mercado de trabalho, ou mesmo a criação de alternativas de geração de renda para os mesmos. Enquanto muitas dessas pessoas têm perdido totalmente o vínculo com alguma atividade que possa gerar renda para elas mesmas, o desafio também tem sido pensar o lugar que o trabalho tem na vida desses sujeitos (PBH, 2022b, p. 1).

Portanto, fazer caber as diferenças é uma direção de trabalho que se aplica aos usuários e aos trabalhadores. A dimensão do caso a caso, acolhendo cada um em sua particularidade, aponta para o

entendimento de que as regras, as quais ajudam na organização do coletivo institucional, devem existir enquanto orientação para solução de conflitos, e não como resposta imediata e enrijecida. Observa-se, muitas vezes, que é mais fácil responder pela regra do que se sentar, ouvir, construir uma possibilidade para aquele sujeito, fazendo-o caber não só na instituição como também na vida. Demanda trabalho, mas esse é o diferencial dos serviços substitutivos: contribuir para que cada um encontre seu lugar e seu modo de ser na família e na sociedade em que vive.

A rigidez não funciona e medidas administrativas que repousam na lógica do “para todos” tendem a cair num fracasso, cujo efeito é muito mais desastroso do que resolutivo. Quando algo não vai bem com a equipe, seja pela força da rotina, seja pela não presentificação do desejo, ou, ainda, pelas divisões internas e outras mais, os efeitos na clínica aparecem como resposta a isso que não vai bem – e podem vir pelas atuações ou pelas passagens ao ato. É preciso que gestores e trabalhadores estejam abertos às novas invenções, acolhendo as diferenças, criando ações e condições para um trabalho vivo, não protocolar, não hierárquico e não burocrático.

A importância do acolher e sua função

Zenoni (2021, p. 72), ao escrever o texto “Qual instituição para o sujeito psicótico?”, indica que “a instituição existe para acolher e como uma resposta social a fenômenos clínicos de alguns estados de psicose, de passagens ao ato, de depauperamento físico e uso excessivo de drogas”. Observa-se que há uma fragilidade no acolhimento aos usuários de drogas na atenção básica e muitos são os casos de pessoas cujo primeiro acesso ao tratamento se dá através do CERSAM AD, provocando respostas as mais distintas possíveis e exigindo uma escuta atenta do profissional que as acolhe. A urgência comporta tanto a urgência clínica quanto a urgência subjetiva, sendo preciso perguntar o que cada um que busca atendimento está procurando. Em alguns casos, há uma demanda inicial de interromper o consumo; em outros,

é o corpo degradado que precisa ser avaliado e cuidado prontamente para que, em um segundo momento, o sujeito possa ser escutado e acolhido em sua singularidade; outras vezes, pode ser a necessidade de abrigo e proteção social, o que, segundo Zenoni (2021), não é incompatível com a função clínica que orienta o trabalho.

Tomar o acolhimento como função, noção dada por Carlos Parada (2003), permite dar espaço à elaboração de uma demanda de tratamento e de um vínculo transferencial que possibilite uma maior implicação e responsabilização na construção do Projeto Terapêutico Singular. É um momento que pode suscitar uma resposta rápida, necessária em algumas situações, como também, em outras, não responder prontamente. Importante estar atento para não se restringir às respostas padronizadas e dar espaço para que surpresas possam advir, além de abrir espaço para intervenções múltiplas, seja a indicação de permanência-dia, seja lançar mão dos dispositivos existentes na rede.

Muitas são as vezes em que as equipes se sentem pressionadas pela liberação dos leitos e priorizam o atendimento, tomando a crise como urgência do tempo cronológico e não como uma oportunidade para possibilitar o surgimento de uma demanda de tratamento que tem a ver com o tempo de cada um. A pressa tem diminuído o tempo de escuta, impossibilitando que um tempo de construção de vínculos transferenciais aconteça como condição de entrada em um tratamento. A construção de uma demanda é, segundo Viganò (2012, p. 126), um importante eixo de trabalho porque “joga a interrogação do grupo de trabalho sobre o paciente, sem retificá-lo, como um objeto conhecido, mas procurando sempre os caminhos de uma possível subjetivação”. É um trabalho que constrói um saber possível extraído daquele sujeito, naquele momento, como o saber que ele extrai de sua satisfação com a droga ou da relação que estabelece com seu próprio corpo. Possibilita escutar o lugar e a função que a droga pode ter para cada um em sua economia psíquica e propiciar uma maior implicação no tratamento.

Para concluir

A supervisão clínico-institucional na proposta de uma transversalidade no campo álcool e outras drogas possibilita pensar o modo de funcionamento de cada lugar, bem como a forma pela qual um serviço se articula ao outro e nos demais pontos de circulação dos usuários pela Rede de Atenção Psicossocial. Não cair no automatismo; cuidar de cada caso, tomando-o enquanto guia; e escutar e dar lugar à fala e às demandas dos profissionais e gestores, possibilita ler os impasses institucionais e permite desembaraçar questões internas ou externas ao serviço, contribuindo para uma maior articulação e integração da rede.

“A intervenção do supervisor não é da ordem de ‘deve-se fazer isto ou aquilo’” (Silva, 2019, p. 134), mas de deixar espaço para o inesperado, para a surpresa. Um desafio e uma aposta que aos gestores e trabalhadores demanda presença, interesse e desejo. Ao supervisor, em sua posição de *êxtimo*, demanda operar com o que precisa ser pensado, calculado e construído numa posição de parceiro no processo junto às equipes.

REFERÊNCIAS

- ELIA, L.. Uma equipe muito peculiar: a equipe do CAPS. In: KAMERS, M.; MARIOTTO, R. M. M.; VOLTOLINI, R. (orgs.). **Por uma nova psicopatologia da infância e da adolescência**. São Paulo: Escuta, 2015. p. 243-266.
- GARCIA, C.. Redes de redes. In: GARCIA, C. **Interfaces**. Coleção Clínica do Social. Belo Horizonte: Ophicina de Arte & Prosa, 2011.
- LAURENT, E.. “Post-war on drugs”? Como a Psicanálise pode contribuir para o debate político sobre as drogas. In: LAURENT, E. **Loucuras, sintomas e fantasias na vida cotidiana**. Belo Horizonte: Scriptum, 2011.
- PARADA, C.. O acolhimento revisitado. In: BAPTISTA, M.; CRUZ, M. S.; MATIAS, R. (orgs.). **Drogas e Pós-Modernidade: prazer, sofrimento, tabu**. Rio de Janeiro: Ed. UERJ, 2003.
- PINTO, A.. A instituição é o nosso caso clínico. In: TEIXEIRA, A. (org.). **Metodologia em ato**. Belo Horizonte: Scriptum, 2010.

PREFEITURA MUNICIPAL DE BELO HORIZONTE [PBH]. Secretaria Municipal de Saúde. **Projeto Geração de Trabalho e Renda Campo AD** - Convênio Redutor de Danos. Belo Horizonte, 2022b. (Texto de circulação restrita).

PREFEITURA MUNICIPAL DE BELO HORIZONTE [PBH]. Secretaria Municipal de Saúde. **Manual de atenção em rede à pessoa em uso prejudicial de álcool e outras drogas:** diretrizes para o cuidado e articulação entre os serviços. Belo Horizonte, 2022a. (Texto de circulação restrita).

SILVA, R. F.. **A supervisão (controle) na formação do psicanalista.** Belo Horizonte: Relicário Edições, 2019.

VIGANÒ, C. A construção do caso clínico. *In:* VIGANÒ, C. **Novas conferências.** Belo Horizonte, Scriptum, 2012.

ZENONI, A. Qué institución para el sujeto psicótico? *In:* ZENONI, A. **La outra prática clínica:** psicanálisis e institución terapêutica. Buenos Aires: Grama Ediciones, 2021.

A experiência da supervisão clínico-institucional em um município sul-mineiro: conquistas e o vir a ser

Filippe de Mello Lopes

O presente texto tem como pressuposto o duplo entre o “contar” a história e a estória da Supervisão Clínico-Institucional (SCI) do Centro de Atenção Psicossocial álcool e outras drogas (CAPS AD) do município de Varginha, Minas Gerais. Nesse sentido, nomeamos duplo o movimento entre o relato das experiências e, ao mesmo tempo, a contação da estória vivida, tendo em vista a impossibilidade de que o lugar do supervisor/interventor seja neutro.

Nessa direção, a escrita será composta por elementos históricos e temporais, mensurados pelo tempo; e a estória vivida e vívida dos fenômenos vivenciados e produzidos por meio dos encontros, sejam os encontros entre profissionais do serviço e supervisor, sejam pelos encontros da estória, produzidos na ordem simbólica com atravessamentos no real do cotidiano do serviço.

1. A história

O início do processo de SCI no CAPS AD de Varginha acontece por meio da sugestão de membros da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) do município, os quais sugerem que o autor deste texto participasse do processo de licitação na Prefeitura Municipal. Ele próprio assume o interesse e vence o trâmite licitatório para a SCI no CAPS AD do município de Varginha. Assim, a SCI inicia-se em 07 de abril de 2021, custeada por meio da Resolução SES/MG n.º 7.168, de 20 de julho de 2020.

O combinado construído foi o de que os encontros seriam semanais, com carga horária de 8h/dia, às quartas-feiras. A indicação dos encontros às quartas-feiras foi do próprio serviço, pois eram os dias

de reuniões de equipe e contava com a presença de todas as pessoas que trabalhavam no serviço. Tal indicação foi aceita e prosseguiu-se assim até o término do contrato da SCI.

Como metodologia de trabalho, durante o primeiro mês de SCI, o supervisor optou por construir a escuta coletiva – nas reuniões de equipe – e a escuta individualizada, com o intuito de conhecer as pessoas, suas demandas e expectativas sobre o trabalho da SCI, assim como para entender quais eram as questões que poderiam ocupar o lugar de “não-dito” nas relações intra-serviço e interpessoais, mas que traziam impactos nas relações institucionais e extra-institucionais/ intersetoriais. Tal metodologia permitiu maior aproximação com os profissionais e conhecimento das questões individuais, assim como o reconhecimento de limites e potências institucionais. Nesse sentido, ao construir essa escrita após o término da experiência, se apresenta o acerto em assumir tal metodologia, tendo em vista o que veremos na sessão “estória” do texto.

Naquele momento, entre abril e maio de 2021, o que se apresentava como questão ao serviço estava voltada: à construção do mapa de rede, à construção dos casos, ao fluxo de rede, ao matriciamento, à efetividade das reuniões de equipe. O que, de fato, era possível perceber nas dinâmicas das relações. Ao mesmo tempo, as observações do supervisor também indicavam algumas fragilidades não nomeadas, como: a não-historicidade dos processos decisórios, isto é, o Livro Ata era apenas uma formalidade institucional; havia uma centralidade na utilização do ambulatório¹ e a utilização da internação – no Hospital Psiquiátrico Gedor da Silveira, em São Sebastião do Paraíso (MG), e também o encaminhamento à internação em duas Comunidades Terapêuticas (CT) no município de Varginha, a saber, Kerygma e ACRENOC.

¹ A RAPS do município de Varginha conta com um CAPS II, um CAPS AD, um CAPSij, o ambulatório de saúde mental e 3 leitos de saúde mental conveniados ao Hospital de Três Pontas.

Além das relações entre a RAPS do município, havia as relações extra-RAPS, como as supracitadas, e que foram sendo descobertas ao longo do processo de SCI. Dessa forma, a construção da SCI desenvolveu-se a partir das duas principais questões apresentadas: de um lado, as relações internas do CAPS AD, interpessoais, e a forma como estas se desenrolavam no cotidiano do serviço e nas práticas de cuidado às pessoas; e, ao mesmo tempo, as relações extra-serviço, em que a lógica manicomial ainda apresentava algumas facetas. A estória contará um pouco mais sobre ambas.

2. A estória

Quando a sugestão de participação no processo licitatório foi feita ao futuro supervisor, esse já era conhecido de algumas pessoas da RAPS municipal de Varginha. Por dois momentos: o primeiro, quando alguns membros dessa RAPS participaram de um evento sediado em outro município, no ano de 2019, sobre o lançamento do Relatório Nacional de Inspeção às Comunidades Terapêuticas (Conselho Federal de Psicologia [CFP] *et al.*, 2018), ocorrida em 2017. O segundo momento foi quando esse mesmo documento foi lançado e discutido no município, a convite da Coordenação de Saúde Mental de Varginha em parceria com o Conselho Municipal de Políticas sobre Drogas.

Vale destacar que o autor deste texto teve íntima relação na produção do relatório supracitado (CFP *et al.*, 2018), assim como na produção do Relatório “Hospitais Psiquiátricos no Brasil: relatório de inspeção nacional” (CFP *et al.*, 2020). Desse modo, ambos os relatórios tiveram participação do presente autor em distintos momentos, desde a participação nas inspeções, assim como na elaboração dos relatórios regionais que ensejaram no que foi apresentado no relatório nacional.

Dessa maneira, a estória que se apresenta admite que havia o conhecimento e reconhecimento de que o autor não só participou das duas inspeções nacionais mais recentes à época, assim como qual era sua posição diante do que foi deflagrado pelas inspeções. Nesse

sentido, um ponto interessante dessa estória é que, no Relatório de Inspeção Nacional dos Hospitais Psiquiátricos (CFP et al, 2020), o hospital mineiro inspecionado foi exatamente aquele para o qual a RAPS de Varginha encaminhava a clientela que julgava ser “impossível” de ser mantida sob seus cuidados no território.

Esse é outro recorte importante da estória: a lógica de internação psiquiátrica no Gedor da Silveira seguia justificada, predominantemente, por meio do CAPS II. Os demais serviços da RAPS não se utilizavam desse “recurso”. Ao contrário, quando entendida a necessidade de internação, o CAPS AD encaminhava ao leito de saúde mental, no município de Três Pontas, e o CAPSij buscava outras estratégias de cuidado, até pela faixa etária do público atendido. É necessário ressaltar que tais internações no Gedor da Silveira tiveram considerável redução desde quando a atual Coordenação de Saúde Mental assumiu a gestão municipal, em 2018.

Nesse sentido, havia uma perspectiva que se colocava na estória. Já era sabido que, no campo das relações institucionais, o supervisor assumiria uma postura antimanicomial deliberada, tendo em vista o que já fora apresentado por meio dos relatórios nacionais supracitados. Da mesma maneira, a defesa de uma RAPS que sustente o cuidado em liberdade e que produza saúde, levando em conta o lugar desnecessário da privação de liberdade como justificativa de “tratamento”. Talvez, o que se colocava como dúvida poderia ser traduzido como: “então, como operar tal cuidado em liberdade?”

A partir do encontro com essa expectativa, várias discussões foram construídas com vistas a alcançar a produção de cuidado em liberdade. As estratégias empregadas foram a utilização de textos, a contextualização do momento histórico da Luta Antimanicomial, a defesa intransigente do cuidado às pessoas usuárias de álcool e outras drogas em liberdade, sem fazer do CAPS espaço de ambulatorização da atenção à saúde das pessoas.

Tais estratégias mostraram-se frustradas em muitos momentos, pois havia baixa adesão à leitura dos textos e as discussões mantinham-se esvaziadas. Nesse momento, o supervisor reavalia sua proposta e centraliza atenção às discussões de caso e às relações interpessoais no serviço. A virada estratégica surte efeitos.

3. A história da estória

A mudança de perspectiva na atuação do supervisor mostrou-se necessária diante da baixa adesão à leitura dos textos propostos. Nesse sentido, a maior atenção aos estudos de casos e às relações interpessoais pôde demonstrar onde se encontravam os pontos de maior potência e os de maior fragilidade no que era proposto como cuidado.

Um primeiro ponto a ser elencado diz respeito à forma como as pessoas-clientes-usuárias eram vistas no serviço. Era necessário fazer a passagem do olhar tutelar para o olhar da produção de cuidado e cidadania, com discussões, por exemplo, que indicavam a necessidade de conquistar passes de ônibus para que as pessoas pudessem se deslocar ao serviço de modo autônomo; de convite às famílias para que estas pudessem se fazer presentes; e das reuniões intersetoriais como estratégicas no avanço da garantia de direitos e do exercício de cidadania daquelas pessoas.

Da mesma maneira, ao focar nas relações interpessoais dentro do serviço e nas relações dentro da própria RAPS, foi possível verificar questões relevantes, como o mal-estar que a estrutura física da casa estabelecia. O serviço possui sede em uma casa de dois pavimentos e o espaço de convivência das pessoas-usuárias era contíguo à Enfermagem. Essa equipe se sentia exilada das ações da “parte de cima”, pois era onde ficavam as salas de atendimento da equipe técnica de nível superior, assim como o acesso à cozinha e banheiros. Além disso, surgia um desconforto relacionado às disparidades salariais, uma vez que a equipe de nível médio não apenas se percebia isolada

no “andar de baixo”, mas também se sentia excluída dos diálogos e acessos que os profissionais de nível superior compartilhavam em momentos informais, como na cozinha.

Em conexão a esse cenário, algumas integrantes da equipe do CAPS demonstravam descontentamento e manifestavam interesse em deixar o serviço. Notavelmente, a coordenação do serviço não demonstrava resistência a essa intenção de realocação, tratando-a conforme a lógica do setor público, considerando a necessidade de substituir esses profissionais para evitar desfalques no funcionamento do serviço. Tal estratégia, de realocação profissional, mostrou-se frutífera e houve mudanças importantes no serviço, sendo possível observar a construção de relações mais harmônicas com o passar do tempo, assim como a potencialização de aspectos positivos nas relações interpessoais, o que mobilizou, diretamente, maior produção de cuidados ofertados à clientela do serviço.

Assim, a virada para uma estratégia de atuação em que as relações intra-serviço fossem colocadas em destaque permitiu que ocorresse uma mudança nessas relações e, ao mesmo tempo, para com a clientela atendida. Nessa perspectiva, uma outra estratégia foi a de produzirmos ações conjuntas² com os demais serviços da RAPS, a fim de que o diálogo intra-RAPS pudesse acontecer de modo mais produtivo e com menos vieses históricos, tendo em vista que o esgarçamento dessas relações produzia como efeito o afastamento, a negação do diálogo e, por conseguinte, um recuo no projeto ético-político de produção de cuidado.

Tais estratégias mostraram-se oportunas, tendo em vista as formas como as relações interpessoais – dentro e fora do serviço

² São denominados de ações conjuntas reuniões e eventos compartilhados entre os CAPS II, CAPS AD, CAPSij. Os três serviços tinham seus supervisores e estes constituíram grupo de *WhatsApp*, além de realizarem encontros – dentro e fora da rede –, com fins de construir uma direção de SCI que fosse compartilhada, dialógica e com um alicerce comum, qual seja, a ética do cuidado em liberdade.

– foram tomando. As ações do dia 18 de Maio passaram a ser discutidas entre os serviços, cada qual assumindo qual seria sua participação. Este movimento foi estendido para outras datas festivas, como as Festas Juninas, o dia 10 de outubro, o dia municipal contra a medicalização da vida. Ainda, as discussões de caso passaram a ser realizadas com os demais setores, dando destaque para o Centro-Pop e o Abrigo Institucional municipal, tendo em vista que parcela considerável das pessoas que utilizavam de tais serviços também eram clientes do CAPS AD.

Um ponto relevante nos desdobramentos da atenção às relações interpessoais, intra e extra-serviço, foi a melhoria do processo de produção de cuidado e saúde para a clientela do serviço. Isso se refletiu em um aumento da efetividade dessa produção, resultando, ao mesmo tempo, em mais altas e uma crescente necessidade de criar outros espaços de vida para as pessoas que desenvolviam modos menos danosos de se relacionar com o mundo, consigo mesmas e também com as substâncias psicoativas (SPA).

Nesse sentido, o serviço foi observando e construindo meios para que o diálogo intersetorial se tornasse mais frequente e fosse realizado de modo mais harmônico, tendo em vista que a pluralidade de profissionais com autonomia para execução de seus trabalhos permitia que as relações intersetoriais se “descentralizassem”³ apenas do coordenador do serviço para as demais profissionais. Isso fez com que concepções cristalizadas fossem desfeitas e a atenção integral ao sujeito em sofrimento pudesse ser realizada de modo mais plural.

A história da estória da SCI no CAPS AD de Varginha tem, então, como mote, a invenção de um lugar em que nem o supervisor nem a equipe tinham entendimento do que seria a construção desse

³ Havia uma compreensão equivocada, por parte da coordenação do serviço, de que os diálogos intersetoriais eram de compromisso único e exclusivo do próprio serviço. Quando houve uma autorização para deslocar-se de tal posição, as relações intersetoriais se mostraram mais fluidas para ambas as partes.

processo. Todavia, dentro da história do serviço no município e da história de vida das pessoas que ali trabalham, foi e é possível produzir uma história que leva em conta o dinamismo do viver, a impossibilidade da sustentação de um lugar discursivo e prático que seja neutro, assim como a compreensão e assunção dos limites – individuais e coletivos – a fim de superá-los em nome de um lugar maior, o qual a política pública responde. Qual seja: o de pensar e produzir saúde com pessoas que foram alijadas de direitos e que têm como, muitas vezes, única forma de satisfação o deleite da SPA.

4. À guisa de conclusão

Construir, junto ao CAPS AD de Varginha, o entendimento de que o deleite supracitado não pode ser compreendido sem o outro e sem uma compreensão macrossocial e contextual, permitiu que as pessoas/profissionais de saúde saíssem de uma posição de julgamento dos modos de existir das pessoas usuárias do serviço para o entendimento de que sem aquele uso talvez o sujeito optasse por não mais existir. Nesse sentido, compreender que o uso de SPA representava, para muitas daquelas pessoas, o resto de aposta na vida foi visceral para que houvesse uma retificação da forma como os profissionais relacionavam-se com aqueles indivíduos.

Da mesma maneira, foi possível construir e contribuir para que as relações interpessoais no serviço fossem ressignificadas, deslocando-as de um lugar de disputa ou de um destaque às diferenças para uma convivência entre diferentes. Diferentes pessoas com modos de ser e existir, com histórias e histórias distintas que não estão nem precisam estar em disputa. O autor identifica este como seu principal desafio: o entendimento de que a diferença e a alteridade não estão em disputa com a norma, mas que é projeto político da norma nos olharmos como estranhos e não como pessoas. Tal desafio não está findado.

Certamente que nem as pessoas nem o serviço estão protegidos da barbárie cotidiana (dentro e fora do país). Todavia, se esse foi,

assumidamente, o maior desafio encontrado no processo de SCI no CAPS AD de Varginha, é afirmativo que não foram medidos esforços para trazer às cenas de diálogo no serviço a compreensão de que urge um novo pacto civilizatório a fim de que possamos olhar as pessoas – em sofrimento psíquico ou não – e nos identificarmos como pessoas humanas.

REFERÊNCIAS

CONSELHO FEDERAL DE Psicologia [CFP]; MECANISMO NACIONAL DE PREVENÇÃO E COMBATE À TORTURA [MNPCT]; MINISTÉRIO PÚBLICO FEDERAL [MPF].

Procuradoria Federal dos Direitos do Cidadão. **Relatório da Inspeção Nacional em Comunidades Terapêuticas – 2017**. Brasília, DF: CFP, 2018. Disponível em: <https://site.cfp.org.br/wp-content/uploads/2018/06/Relat%C3%B3rio-da-Inspe%C3%A7%C3%A3o-Nacional-em-Comunidades-Terap%C3%AAuticas.pdf>. Acesso em: 18 jan. 2024.

CONSELHO FEDERAL DE Psicologia [CFP]; MECANISMO NACIONAL DE PREVENÇÃO E COMBATE À TORTURA [MNPCT]; CONSELHO NACIONAL DO MINISTÉRIO PÚBLICO [CNMP]; MINISTÉRIO PÚBLICO DO TRABALHO.

Relatório Hospitais Psiquiátricos no Brasil: relatório de inspeção nacional. 2 ed. Brasília, DF: CFP, mar. 2020. Disponível em: https://site.cfp.org.br/wp-content/uploads/2019/12/Relatorio_Inspecao_HospPsiq.pdf. Acesso em: 18 jan. 2024.

Supervisão na rede e a Psicanálise: um esforço de transmissão

Juliana Meirelles Motta

Este trabalho aborda o dispositivo da supervisão clínica das equipes de Saúde Mental das redes públicas municipais de saúde. Há pontos que provocam impasses nesse tipo de intervenção: a escolha do supervisor é feita por um grupo profissionalmente heterogêneo; o trabalho em serviços públicos de saúde mental não exige *a priori* uma formação específica. A supervisão enfrenta essa realidade e deve vincular o discurso clínico com as orientações da política de Saúde Mental, como humanização e acolhimento, conceito de rede, hierarquização de atendimentos e matriciamento. Seguindo a orientação psicanalítica, o supervisor deve articular os significantes da clínica, como transferência, sintoma, diagnóstico e projeto terapêutico, com os conceitos que fundamentam a política do Sistema Único de Saúde (SUS).

Lidamos no cotidiano com encontros que parecem impossíveis, mas a partir da discussão dos casos, empregando os recursos de rede (administrativa e discursiva), novas vias se criam. As discussões clínicas também são espaços em que um novo método deve ser testado. Casos relatados e interpelações da supervisão não são suficientes. Devemos utilizar, para além de uma discussão clínica, uma construção do caso em que cada um tem um dizer e a emergência de um novo relato com matrizes de mosaico sobre o sujeito que sofre. Pretendemos fundamentar mais precisamente esses pontos e avançar a respeito de uma nova forma de intervenção clínica nos serviços de Saúde Mental. Assim, o que se pretende nesta exposição é propor uma discussão sobre a inserção dessa nova prática. Nova, pois ela não segue o modelo clínico proposto pelas várias instituições psicanalíticas, ou seja, ela se desdobra em outras estratégias para fazer valer uma intervenção do

discurso analítico para além do set analítico, onde a dualidade analista-paciente se constitui. Nova, pois ela está diante de um grupo de trabalhadores da rede de Saúde Mental, regulados pelos significantes da Política Nacional de Saúde Mental.

Freud (1912/1996) sempre relutou em escrever artigos que tratassem de técnica. Não se faz técnica na clínica analítica, pois se trata do um a um, da experiência particular do gozo de cada um. O termo que ele propõe é “recomendação”. Não se trata de norma técnica, mas sim de recomendações, cabendo a cada analista encontrar seu próprio estilo. A leitura para o trabalho clínico de Psicanálise se propõe ao ato. Técnica diz respeito ao fazer e o ato analítico diz respeito à clínica, em que a operação do ato traz à tona o inusitado do significante, a novidade em discurso novo. Aposta-se que a supervisão vem estabelecer uma ponte entre a experiência clínica de Psicanálise e seu estudo teórico. Concebendo-a assim, sua função pode surgir para nós de forma bastante precisa. A supervisão é um dispositivo que vem se inserir precisamente nesse lugar intersticial de articular o saber ao não saber, revitalizando, assim, a experiência no seu campo particular de ação.

Hoje, o campo de Saúde Mental constitui-se como um campo “com classificação aberta”, segundo mostra-nos Laurent (2000, p. 164-165). Assim, o campo aberto pela Reforma Psiquiátrica inclui médicos, enfermeiros, terapeutas ocupacionais, assistentes sociais, psicólogos, mas também outros tipos de trabalhadores (como artistas, artesãos etc.) e práticas sociais. Ela vai constituir-se numa comunidade moderna por excelência, sem essência e definição. Podemos constatar, aqui, o que Pedro Gabriel Delgado (1992) define como um imprevisível técnico e político.

A oferta que a Psicanálise faz para esses “novos serviços” de Saúde Mental é a de uma clínica em que se constrói, a partir da transferência e da interpretação, um trabalho em relação à presença das formas diversas de gozo do Outro. Essa oferta implica uma interpelação a

um método administrativo observado em alguns serviços públicos de Saúde Mental, em que as novas classificações das doenças mentais e inúmeras regras de operacionalização são criadas cotidianamente. Não seria o caso de aboli-las, mas de dialetizá-las, apontando como essa classificação é aberta e como as práticas discursivas permutam todo o tempo e que, na realidade, nunca irão conseguir “organizar” (no sentido *strictum*) clientela e clínica.

O mal-estar não está na ordem do defeito, do ortopédico, da adaptação, mas em um excesso de incômodo de gozo. Trata-se, então, de uma clínica que pergunte ao sujeito sobre o seu desejo, de como ele se satisfaz e quais as consequências extraídas daí: não se trata de uma discussão sobre renúncia e satisfação. O discurso do psicanalista vai contemplar, no seu labor clínico, o retorno de um saber viver, um desejo que faz viver e não uma prática clínica moralizadora de identificação do sujeito com seu gozo e sua consequente culpa.

A partir do manejo desses operadores conceituais, vamos nos deparar com uma mudança lógica das instituições. Se a prática clínica passa a se ocupar de algo mais além do bem-estar, esse serviço inicia uma revolução discursiva e, consequentemente, política. Ou seja, se o sujeito contemplado é o sujeito do inconsciente, o efeito dessa posição é o de diluir a consistência de algumas práticas discursivas predominantes nesses lugares, como o discurso médico, o discurso da Enfermagem, do Serviço Social e mesmo o discurso da gerência do serviço. O discurso analítico nas instituições vai operar uma distância entre o ideal terapêutico das práticas psicológicas e psiquiátricas, individuais ou coletivas, e possibilitar o surgimento da particularidade do sujeito.

Dentro dessa linha de desenvolvimento, uma questão fundamental se coloca: como operar a supervisão referida na ética da Psicanálise frente a uma equipe de trabalhadores da Rede de Saúde Mental? O modelo de supervisão das equipes de Saúde Mental vem sendo adotado pelo Estado e por alguns municípios como uma estratégia fundamental

para qualificar a clínica do serviço. Essa forma de intervenção possui quesitos particulares que não coincidem com o modelo de supervisão clássica com que estamos acostumados na nossa formação de analista.

Recomendações das políticas de saúde mental, resumidamente, consolidam a seguinte exigência: a supervisão deve ser clínico-institucional, no sentido de que as discussões dos casos clínicos devem sempre levar em conta o contexto institucional, isto é, o serviço, a rede, a gestão, a política pública. Assim, ao supervisor cabe a complexa tarefa de contextualizar permanentemente a situação clínica, foco do seu trabalho, levando em conta as tensões e a dinâmica da rede e do território. Em outras palavras, buscando sustentar o diálogo ativo entre a dimensão política da clínica e a dimensão clínica da política.

Este novo cenário da prática do supervisor é o espaço social concreto e histórico da vida dos sujeitos e da instituição, no âmbito de uma política pública – o SUS. O supervisor deve trabalhar na direção da constituição do SUS, buscando sempre rever a dicotomia que, com frequência, se instala entre as diretrizes gerais da política e a constituição particular do cuidado clínico. Este deve ser capaz de levar em conta a complexidade da dimensão existencial de um sujeito singular em um determinado território. Assim, o trabalho com a clínica sempre busca a veracidade do discurso do mestre, que naturalmente constitui o trabalho institucional. Ele surge para revolucionar os discursos que giram na equipe. A clínica aponta para o vazio no qual a instituição não consegue fazer valer, em que algo novo, singular, que é o próprio sujeito, irrompe. Nestes casos, a instituição reinventa-se.

O supervisor não pode ocupar o lugar da resposta onde a instituição falha. Sua função não é pedagógica, não é ensinar. Em alguns momentos faz-se necessário construir um terceiro lugar que sustente alguma elaboração teórica, mas introduzindo interrogações, dúvidas, equívocos, criando assim um vazio de respostas, mantendo um ponto de não saber: mais uma vez um saber-não saber.

A tentativa de articular essas duas orientações, a do Ministério da Saúde e a formulação do trabalho de supervisão na Psicanálise, não se constitui tarefa fácil. Como sustentar o trabalho em torno do conceito analítico e ao mesmo tempo manejar com a rede?

A atualidade apresenta-nos uma predominância do imaginário invadindo a prática clínica, roubando e embaçando a singularidade, convocando, assim, os analistas a retomarem a frase de Lacan (1953/1988, p. 322): “Que antes renuncie a isso [à clínica psicanalítica], portanto, quem não conseguir alcançar em seu horizonte a subjetividade de sua época”. Assim, devemos fazer valer em nosso tempo, no presente, o trabalho com o inconsciente. Fazer valer esse trabalho nos consultórios, nas instituições e na cidade. “A Psicanálise não funciona apenas por representação significativa. Existe a dimensão da presença” (Miller, 1982). Presença que desliza por vários lugares, operando nesses *locus* uma ação que não se restringe à interpretação, à explicação do caso clínico. Pela presença do analista opera-se uma equivocação.

Miller (2009), em seu texto “Rumo ao Pipol 4”, aponta que os conceitos lacanianos de ato analítico, discurso analítico e fim de análise permitiram-nos conceber o analista como objeto nômade e a Psicanálise como uma estrutura portátil, susceptível de se deslocar para novos contextos e, em particular, para as instituições. Os relatos de casos mostram e demonstram, evidenciam, que os efeitos psicanalíticos propriamente ditos se produzem no seio de contextos institucionais, não importa quanto estes autorizem a instalação de um lugar analítico. Há um lugar analítico possível nas instituições – digamos, um Lugar Alfa.

[...] Um Lugar Alfa é um lugar de respostas, um lugar em que falar à toa assume a forma de questão e a própria questão, a forma de resposta. Não há Lugar Alfa se, pela mediação do analista, o falar à toa não revelar um tesouro, o do outro sentido que vale como resposta, ou seja, na condição de saber inconsciente. Essa mutação do falar livremente resulta no que chamamos de *transferência*, a qual permite a ocorrência do ato interpretativo,

que, por sua vez, divide-se em um antes e um depois, como dizemos classicamente (Miller, 2009, p. 9).

Antônio Di Ciaccia (1996), em seu texto “De Civilitate Analítica”, lembra uma entrevista que Lacan deu ao *L’Express* afirmando que a análise seria essencial ao homem político, pois ela possibilitaria a ele a virtude da prudência. A análise poderia ser a referência que inspiraria cada ato seu, operando uma transferência correta no social, operando um saber novo transmitido por uma comunidade analítica que se baseia em um laço social adequado ao discurso analítico. Di Ciaccia ressalta, lembrando que Lacan (1970/2003), em “Radiofonia”, fala que a formação possibilita a incidência política e que é na Escola que essa formação deveria se dar, ela é correlativa. Além de ser o próprio campo da formação do analista, é também o terreno onde prova sua incidência política. A Escola é e deve ser o próprio campo da prova de como a transferência funciona no social, deve ser uma aposta em que os analistas se revelam não estando mais ausentes em relação aos problemas do seu mundo.

A partir do convite de Elisa Alvarenga, que coordenou o seminário “A supervisão – Efeitos de formação”, realizado em 2018 na Seção Minas Gerais da Escola Brasileira de Psicanálise (EBP), para comentar a seguinte frase de Lacan (1964/2003, p. 236): “uma supervisão qualificada será assegurada, nesse contexto, ao praticante em formação em nossa Escola [...] toda vez que assumir uma responsabilidade por menos analítica que seja”, e retomando essa proposição dentro da nossa atualidade, penso que o efeito da presença do analista nessa função de um trabalho com equipes de muitos recoloca a importância de trabalhar os efeitos e as ressonâncias das intervenções, operando em cada sujeito ali presente.

Lacan (1964/2003), no seu texto “Ato de fundação”, mais especificamente na seção de Psicanálise Aplicada, contempla que “nela estarão grupos médicos, sejam eles ou não compostos de sujeitos psicanalisados, desde que estejam em condição de contribuir para a

experiência psicanalítica [...]” (p. 237). Penso ser exatamente a partir dessa proposição que se pode retirar do trabalho de um supervisor de formação analítica lacaniana, através de seus encontros com um grupo de não analistas dentro de uma instituição, o ponto de onde esses sujeitos possam contribuir com o trabalho do inconsciente, a partir dos casos clínicos que acompanham e apresentam durante o encontro com a supervisão.

O lugar da supervisão clínico-institucional está em construção para nós analistas, pois trabalhamos sob a orientação da supervisão enquanto a formação do analista, a supervisão e o trabalho da análise produzindo um analista. O que se produz, então, na supervisão de uma equipe formada por profissionais não necessariamente analistas e, mais além, alguns sem transferência com o texto analítico?

Existe uma ideia de transposição de algo da sessão analítica ou de supervisão (controle) a um coletivo ou a uma prática coletiva, mas o acento deve ser colocado sobre a verdade subjetiva de cada participante, mais especificamente sobre sua histericização possível diante do discurso da instituição. Na maioria das vezes, a supervisão é imaginariamente colocada como uma garantia, uma resposta aos impasses de grupo, ao embaraço amoroso vivenciado subjetivamente entre os componentes da equipe, uma expectativa de uma intervenção de alguma prática analítica dirigida aos técnicos. Não é disso que se trata, pois não há analista fora do contexto bem definido do ato analítico e, menos ainda, em um contexto de grupo.

A operação do supervisor é clínica, ela será da ordem do que pode ser ensinado fora do círculo dos iniciados na experiência analítica. Ela vai operar na passagem do amor ao saber ao desejo de saber, retomando o comentário de Elisa em um dos primeiros encontros do Seminário já mencionado. Ela vai tratar de uma forma de ensinamento, de algo que a Psicanálise ensina, algo que pode fisgar um da equipe para uma causa ao trabalho com o inconsciente, que possa afetar o sujeito para esse trabalho. Não se trata aqui de uma suposição de saber, de um

saber escondido, aquele que suscita um efeito de amor, mas sim o saber exposto, aquele que suscita um efeito de trabalho. Em uma supervisão institucional é necessária uma escuta ampliada, não se tem autorização como uma supervisão de controle, não necessariamente se está sob transferência.

A supervisão em uma instituição vai dizer respeito aos princípios das sessões clínicas, ou seja, quando a demanda de uma equipe não é formulada se responde de um lugar que pode precisá-la, em que o objetivo é elaborar para a prática institucional consequências da clínica psicanalítica. Uma dessas consequências se constitui a extração do relevo do discurso do paciente, que vai consistir em uma aplicação do caso particular à própria clínica, transformando o próprio caso em um caso de ensinamento clínico. Ou seja, trata-se de reordenar os fenômenos apresentados no que eles têm de inéditos, de singular, para ler aí uma forma paradigmática de uma estrutura subjetiva e de uma solução.

Seria esse um dos produtos de uma supervisão clínico-institucional? Seria neste momento que os praticantes estariam contribuindo para a experiência analítica, retomando a seção da *Psicanálise Aplicada* referida anteriormente? Momento em que o acento colocado na clínica se localiza sobre a causa do paciente na instituição, concernindo, dessa forma, todos os técnicos envolvidos no caso e os confrontando com um reencontro de um mesmo real, resultando em uma formulação muito diferente da de se cumprir um projeto terapêutico individual, uma formulação que indaga sobre qual uso o paciente faz da instituição em seu percurso. Lacan (1975-1976/2007), no “Seminário 23: O *sinthoma*”, comenta que a supervisão opera tirando proveito do equívoco que emerge no relato do caso, um significante que ressoe no sujeito. Essa ressonância afeta o corpo do sujeito e o coloca na transferência de trabalho.

Assim, a clínica das psicoses se coloca como um ensinamento nesses espaços institucionais. É a psicose que nos ensina sobre a estrutura e que nos ensina sobre as soluções que ela mesma encontra para fazer face a uma falha central no simbólico. É nessa clínica que nos

colocamos para aprender como praticar: de uma posição tradicional da Instituição, que tudo sabe sobre a psicose, um Outro de saber erotômico e persecutório, a uma posição vazia de saber que deixa para o paciente a iniciativa do saber.

Mais ainda, como disse Miller (2015), diante do delirante, é preciso lembrar que o delírio não concerne apenas aos fenômenos elementares da psicose, mas que “todo mundo delira”. São modos de ser do *parlêtre*, em que o estatuto do sujeito é marcado pelo laço com o Outro. Nesse sentido, existem apenas discursos, semblantes, tentativas de fazer laço social diante da inexistência do Outro. Isso implica a responsabilidade que diz respeito à clínica e à política: por meio do ato analítico, autorizamo-nos a estar diante do louco, diante do delirante, promovendo a Psicanálise a partir do “um por um” e fazendo existir o inconsciente, cujo estatuto é ético. Essa dimensão ética nos faz responsáveis por sustentar a seguinte posição: só o discurso analítico postula que a relação sexual não existe. Isso significa reafirmar a diferença do discurso do Analista frente aos outros discursos e posicionar-se perante os poderes públicos acerca da “utilidade pública” da Psicanálise. Segundo Laurent (1999, p. 8), “há que se passar do analista fechado em sua reserva, crítico, a um analista que participa; um analista sensível às formas de segregação; um analista capaz de entender qual foi sua função e qual lhe corresponde agora”. Ele se faz presente na política, no debate democrático, como psicanalista e como cidadão (Durães, 2022).

Outra questão que se coloca seria a supervisão como um lugar, pelo caso clínico, de tratamento da equipe, um lugar de regulação. A equipe também se constitui um grupo de sujeitos acolhidos pela instituição e enfrenta todas as formas de problemas de sujeitos que coabitam cotidianamente. Sintoma e gozo de cada sujeito dessa equipe surgem nas operações de excessos no querer e no saber. Zenoni (2000) comenta que deve existir uma manobra em que os técnicos não encarnem o saber do Outro institucional, mas se presentifiquem pelo

esvaziamento do saber e pela presentificação do querer, permitindo, sob supervisão e sob transferência de trabalho, que a instituição é que deve ser regulada em seu gozo de Mestria, não o caso clínico. Pensa-se essa operação como um tratar dessa equipe. Esvaziam-se saberes cristalizados para que se possa, a partir daí, sofrer efeitos do trabalho singular do caso, produzindo, a partir desse lugar, exceções na instituição. O caso torna-se a exceção na instituição pelo seu singular, a instituição torna-se exceção pelo caso clínico. Seria essa operação mais um produto da seção da Psicanálise Aplicada?

Relato um fragmento durante o período em que fui supervisora de uma Rede de Saúde Mental de um município de Minas Gerais. Ao aguardar o caso clínico advindo de uma das equipes, a coordenadora de Saúde Mental dessa rede entrou em contato para avisar que nenhum dos serviços tinha caso para levar para supervisão. A intervenção realizada da minha parte foi: o caso a ser discutido seria o caso dessas equipes, que, por trabalharem com pacientes tão graves, não tinham o que falar dos seus pacientes. Nós nos encontramos e durante a supervisão surgiram relatos de técnicos angustiados sobre como apresentariam os casos. Sujeitos *inibidos* frente à oportunidade de mostrarem sua condução clínica para todo o seu grupo de trabalho, outro colocando-se em um lugar de impotência em relação aos seus pares e tantas outras falas imersas em uma relação agudamente imaginária no dia a dia do trabalho. Certamente, não tinha lugar para os casos tratados por essas equipes. Propus uma conversação clínica para esse grupo. Encontramos duas vezes e a palavra circulou ora tensamente, ora produzindo retificações de posições. Passado um mês, começo novamente a receber casos para o trabalho de supervisão.

Pensa-se que a supervisão vem estabelecer uma ponte entre a experiência clínica de Psicanálise e seu estudo teórico. Concebendo-a assim, a sua função pode surgir para nós de forma bastante precisa. A supervisão clínico-institucional é um dispositivo que, localizado precisamente nesse lugar de articular do saber ao não saber, revitaliza,

assim, a experiência no seu campo particular de ação. A supervisão de um trabalho coletivo produz uma posição de “disjunção”, operação em um coletivo produzindo saber sobre o seu trabalho clínico.

A partir da discussão que Elisa Alvarenga (2011) propõe, a supervisão utiliza o real como um furo na circulação de saberes cristalizados sobre o caso clínico, um furo na mestria de discursos técnicos das equipes. Lembrando uma intervenção de Ricardo Seldes, em uma das nossas Jornada de Cartéis, a posição do analista é a da paixão da ignorância, que não deixa de ser um outro nome do saber. Penso ser esse o lugar da supervisão aos praticantes: ofertar a experiência de ocupar um lugar de ignorância para experimentar um desejo de saber. Mais uma vez, a questão retorna: seria um produto da seção da Psicanálise Aplicada? E o que a presença do analista nessa prática retira desse trabalho? Mais além, a partir da questão discutida por Rômulo Ferreira da Silva (2019), em seu livro “A supervisão (controle) na formação do analista”: por que continuamos a supervisionar?

Silva (2019), em uma passagem de seu livro, cita Marcos André Vieira (2009)¹, levantando a discussão construída por Miller a respeito do analista “multiuso”:

As indicações de Lacan em “Televisão” apontam para o fato de que esse *status* objetal do analista no tratamento, talvez deva orientar seu lugar na cultura. É o que a meu ver, define Miller, quando propõe que se pense o analista na cidade como multiuso. Quando Miller fala de analista multiuso, tal como Lacan, não está visando os analistas, mas o analista, uma função que os analistas são chamados a desempenhar que às vezes conseguem outras não. Portanto, o analista e a Psicanálise lidam com objetos ilimitados e são em si, para a cultura, igualmente objetos ilimitados. O analista é multiuso justamente por sua lida específica com um objeto que é tudo ou nada ao mesmo tempo (Vieira, 2009 *apud* Silva, 2019, p. 159-60).

¹ VIEIRA, M. A. O analista multiuso (ou o santo e o objeto). **Latusa**, Rio de Janeiro, EBP-Rio, n. 14, pp. 23-38, 2009.

Penso que esse é um ponto de pesquisa e investigação para a Psicanálise contemporânea. Novos métodos de trabalho, sem perder a dimensão ética da posição do discurso analítico e sem recuar de acolher o discurso da rede, modulando-o como mais um discurso e fazendo-o girar como os outros. Mais um, sem tornar Um. Penso ser esse um ponto para tentar pensar essa posição do supervisor clínico nos serviços de Saúde Mental da rede pública. O supervisor se fazendo causa da junção-disjuntiva entre a elaboração e a manutenção necessária da disciplina da ignorância.

Concluindo, deixo aqui a proposta de Di Ciaccia para que a *Civiltate Analítica* aconteça: ousar o próprio ato. Para ser ousado, basta o tempo de hoje, o tempo do sujeito cidadão. Lembrando Éric Laurent, em Roma, hoje já é o tempo do Juízo Final. E, lembrando também nosso saudoso Renato Russo, temos nosso próprio tempo.

REFERÊNCIAS

ALVARENGA, Elisa. A ação lacaniana nas instituições. **Almanaque On-line**, Belo Horizonte, Instituto de Psicanálise e Saúde Mental, n. 8, jan.-jun. 2011.

DELGADO, Pedro Gabriel. **As razões da tutela**. Texas: Te Corá Editora, 1992.

DI CIACCIA, Antonio. De *Civiltate Analítica*. Opção Lacaniana, **Revista Brasileira Internacional de Psicanálise**, São Paulo, n. 15, p. 28-30, 1996.

DURÃES, Flávio. **Saúde mental existe?** Considerações sobre o normal e o patológico em Lacan. 2022. 174 f. Tese (Doutorado em Psicologia) - Pontifícia Universidade Católica de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2022.

FREUD, Sigmund. A dinâmica da transferência (1912). **Obras completas**. Vol. 12. Rio de Janeiro: Standar, 1996.

LACAN, Jacques. Função e campo da fala e da linguagem em Psicanálise (1953). In: LACAN, Jacques. **Escritos**. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Ed., 1998. p. 238-324.

LACAN, Jacques. Ato de fundação (1964). In: LACAN, Jacques. **Outros escritos**. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Ed., 2003. p. 235-247.

LACAN, Jacques. Radiofonia (1970). In: LACAN, Jacques. **Outros escritos**. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Ed., 2003. p. 400-447.

LACAN, Jacques. **O seminário, livro 23: O sinthoma** (1975-1976). Texto estabelecido por Jacques-Alain Miller. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Ed., 2007.

LAURENT, Éric. **Psicanálise e Saúde Mental: a prática feita por muitos**. Curinga, Belo Horizonte, n.14, p.164-175, abr. 2000.

LAURENT, Éric. O analista cidadão. **Curinga**, Belo Horizonte, n. 13, p. 7-13, set. 1999.

MILLER, Jacques-Alain. **Do sintoma ao fantasma e retorno**. (1981-1982)
Curso de orientação lacaniana. Aula de 8 de dezembro de 1982. (Inédito)

MILLER, Jacques-Alain. Rumo ao Pipol 4. **Correio, Revista da Escola Brasileira de Psicanálise**, São Paulo, n. 60 – Clínica e pragmática, p. 7-14. 2009.

MILLER, Jacques-Alain. **Todo el mundo es loco**. Buenos Aires: Paidós, 2015.

SILVA, Rômulo Ferreira da. **A supervisão (controle) na formação do analista**. Belo Horizonte: Relicário, 2019.

ZENONI, Alfredo. Psicanálise e instituição: a segunda clínica de Lacan. **Revista Abrecampos – Revista de Saúde Mental do Instituto Raul Soares**, Belo Horizonte, ano 1, n. 0, p. 12-93. 2000.

Supervisão como campo de análise coletiva do trabalho: método e experiências na Saúde Mental

Serafim Barbosa Santos Filho

1. Contexto Metodológico

Neste texto apresentamos uma metodologia de interação com serviços de saúde mental do Sistema Único de Saúde (SUS) no formato de supervisão como Apoio Institucional (AI) centrado em Análise Coletiva do Trabalho. Essa proposta se articula em dois grandes eixos sustentadores: tomando-se o trabalho como categoria central e incorporando-se um tipo de avaliação em que o trabalho esteja permanentemente em análise-avaliação-intervenção pelos próprios sujeitos que o realizam e, com ele, se formam em processo contínuo. Nessa concepção, o arranjo de Apoio-Análise assume a perspectiva de formação-intervenção, modalidade de educação permanente, na qual se toma o trabalho concreto ou o *real do trabalho* como a essência da formação e qualificação para o trabalho em equipe.

Os conceitos aqui introduzidos estão aprofundados em publicações, alinhando esses referenciais (Brasil, 2008, 2010; Campos, 2015; Santos Filho, 2010, 2014, 2020; Santos Filho; Barros, 2012; Schwartz; Durrive, 2010). Na abordagem proposta, articulamos conceitos-ferramentas que viabilizam análises-intervenções úteis à reorganização do processo de trabalho e das práticas de cuidado e gestão. Dos conceitos de base, aqui destacamos que compreender o trabalho como categoria central de análise é trazer ao centro as questões presentes na organização e nas relações sociais e subjetivas de trabalho, servindo de base para avaliações. Desta forma, mobilizam-se os sujeitos/coletivos, implicados e implicando-se com

diagnósticos, mas também com intervenções pertinentes e possíveis em suas próprias realidades.

Busca-se, assim, tornar mais efetivo o trabalho de gerir e de cuidar, alinhando-se aos caros pressupostos da Saúde Mental, que fazemos convergir no rumo de um fazer acolhedor-participativo e emancipatório, tanto nas relações com o usuário/famílias como nas relações internas em equipe. Nessa direção, as perspectivas do apoio institucional e avaliação transversal com foco no trabalho exigem a articulação de conceitos-ferramentas que tenham potência para impulsionar pessoas, atitudes, processos, efeitos, ações, recursos, estratégias, afetos etc., mobilizando-se em busca de melhores respostas, mais satisfação e mais saúde para os atores que compartilham as relações de cuidado-gestão. E, ao se caminhar com os sujeitos/coletivos/territórios (e com os conceitos), vai-se produzindo ou fazendo vir à tona os chamados analisadores sociais do trabalho, incorporando-se esses elementos de Lourau (1980) em nosso campo avaliativo. Para o autor, um analisador é aquilo que desinstitucionaliza, revela o instituinte sufocado sob o instituído e, ao fazê-lo, perturba o instituído, gerando oportunidade de mudanças.

No desenho de processos e efeitos, ou mudanças esperadas, com uma avaliação-análise coletiva do trabalho propomos a transversalização de três dimensões avaliativas (Santos Filho, 2010), indicando que devem ser indissociáveis três âmbitos de mudanças: (i) nos modos de condução gestora do trabalho, aqui ressaltando-se a concepção de gestão não restrita a gerenciamento, centrado em chefias, mas como tarefa de todos no coletivo; (ii) nos modos de articulação das equipes na produção dos processos e práticas de cuidado, aqui observando-se os processos de subjetivação (Barembliet, 2011) que refletem transformações nas realidades de trabalho e reposicionamentos dos sujeitos em seu contexto; e (iii) nas repercussões efetivas para os usuários dos serviços, ressaltando-se o cuidado ampliado que se almeja com os serviços substitutivos.

A seguir, trazemos experiências ilustrativas da metodologia proposta, sem pretender seu aprofundamento, mas apresentando os caminhos que se abrem e os efeitos que se vão alcançando.

2. Breve cartografia de experiências de Apoio Institucional com foco em Análise Coletiva do Trabalho em Saúde Mental

De início, vale ressaltar nossa perspectiva de experiências, que se coaduna com o próprio desafio de experimentação de uma relação, na qual são coproduzidos novos modos de relações de apoio, isso valendo tanto para a relação entre a equipe (interna a um serviço/secretaria/setor/etc.), como entre serviços de uma rede e na própria interação entre esses e supervisor-apoiador. Assim, falaremos em territórios onde isso se vem concretizando – territórios de apoio ou em apoio –, selecionando três campos de práticas, ilustrando a amplitude de espaços/grupos que podem ser abrangidos. Trazemos uma síntese dos caminhos trilhados com as Redes de Atenção Psicossocial (RAPS) de dois municípios e o apoio diretamente a um serviço do tipo Centro de Atenção Psicossocial (CAPS/CERSAM¹). A descrição possibilita uma visualização dos recursos metodológicos que integramos na diversidade desses campos, os focos de apoio e sua abrangência, indo nos âmbitos macro e micro que perpassam os territórios da saúde mental, nas esferas de cuidado e gestão.

Na metodologia incorporam-se instrumentos de Planejamento-Monitoramento-Avaliação (PMA), em nossa proposta de abordá-los como transversais e indissociáveis, usando-os como dispositivos que sirvam para colocar o trabalho em análise. Trata-se de instrumentos típicos de gestão, passando por diagnósticos situacionais, mas incorporando elementos da análise institucional em seus modos de uso, possibilitando a exploração ou desvelamentos das relações que os sujeitos estabelecem com o trabalho. O conceito de transversalidade

¹ Designação usada por alguns municípios para nomear dispositivos do tipo CAPS.

(Lourau, 1995, 2004; Guattari, 2004)² dá sustentação a essa prática, num intenso investimento para alterar os padrões de comunicação entre as equipes/sujeitos, promover conexões entre seus saberes-práticas, mobilizar afetos e aumentar os graus de grupalidade em coletivos.

3. Desenho e processo de apoio à RAPS-SUS Belo Horizonte

Apartir de um longo histórico de nossa parceria com a Saúde Mental (SM) de Belo Horizonte (BH) desde a sua construção, articulamos, nos anos mais recentes, uma agenda de apoio partindo de problemas e demandas identificados pelos atores da rede. Com nossa entrada de apoio, possibilitou-se uma escuta coletiva de manifestações dos gestores centrais, distritais e locais, falando sobre o peso da fragmentação dos processos e relações na SM e reforçando o pedido de ajuda para interferências naquele contexto. Logo em seguida, acompanhamos agendas com trabalhadores de todos os distritos/serviços, nas quais se levantaram questões semelhantes de fragmentação e desalinhamentos em seu funcionamento e suas práticas. Partindo disso, propusemos uma ampliação das conversas, marcando-se um momento nos moldes de análise de demanda-encomenda (Lourau, 2004), lembrando a importância desse passo essencial para a aproximação aos serviços em parceria de análise-intervenção.

O apoio que se seguiu a essa fase vem-se desdobrando em vários tipos de agendas e atividades, pondo ênfase na própria constituição de coletivos a se organizarem ou se fortalecerem para análises e intervenção em seus modos de trabalho. Assim, o desenho de apoio passou pela constituição de um coletivo ampliado de gestão

² Transversalidade é aqui remetida aos autores que a propõem como alargamento e entrecruzamento de fronteiras e abertura a pluralidades (Guattari, 2004) e como ferramenta de mobilização de grupos em suas tensões e também suas possibilidades (Lourau, 1995, 2004). A ideia de grupalidade/grupo-sujeito, por sua vez, é entendida como aquele que cresce em sua capacidade de lidar, com autonomia, com as realidades a serem enfrentadas, lidando com os constrangimentos da história e do seu contexto (Guattari, 2004, Barembli, 1982).

(envolvendo todos os gerentes da SM), nele pautando-se as questões do trabalho em avanços e lacunas e subsidiando os gestores para abrirem rodas de conversa com as equipes em seus serviços. Foi pactuada uma metodologia na qual se prezava a mobilização de equipes para colocar o trabalho em análise, fazendo emergir os desencontros, incômodos e desalinhamentos, desviando-se assim das tradicionais reuniões restritas às tarefas e verificação de seu cumprimento ou não.

Para disparar as conversas, alinhava-se previamente no coletivo gestor as diretrizes relacionadas ao processo de trabalho e práticas de atenção, enfatizando-se (em compreensão coletiva) que as conversas só ganhariam sentido com a clareza de perspectivas a se abrirem, isto é, clareza sobre a ética do cuidado aos usuários, à busca de satisfação da própria equipe e ao aprimoramento de eixos de funcionamento capazes de uma sustentação institucional do serviço/rede. Essas direções ficavam, então, coerentes com as finalidades pretendidas para o trabalho em saúde e os efeitos a se buscarem numa tríplice dimensão avaliativa, conforme indicamos na introdução deste texto.

Para o direcionamento de análises e construção de ações, ofertamos instrumentos de avaliação, planejamento e outros mediadores das discussões, cuidando-se para, com eles (os instrumentos), não se cair em produção de engessamentos, mas usando-os como dispositivos disparadores de conversa e de produção de subsídios para a construção corresponsável de intervenções. Num movimento em espiral, as discussões realizadas na ponta (com os trabalhadores) tornavam-se a pauta dos encontros do coletivo de gestores e, assim, efetivava-se a ampliação das construções abrangendo toda a rede.

Muitas mudanças foram observadas como efeitos de vários meses de idas e vindas, ressaltando-se a complexidade dessa espiral. Daí também as limitações e, sobretudo, o permanente desafio de não se restringir tal movimento a meras oficinas pontuais de planejamento. Esse é um alerta importante, porque, se assim forem feitas (somente

como planejamento e só pontuais), perdem a potência de induzir transformações institucionais sustentáveis.

Um efeito especial perseguido com esses movimentos foi e continua sendo a formação de gestores para se apropriarem de estratégias e ferramentas de gestão, no sentido da mobilização de coletivos. Isto é, da capacidade de pôr suas equipes em movimento, numa permanente atitude de (re)alinhamentos e de tessitura de redes de compromissos. A propósito dessa finalidade formativo-pedagógica, na sequência aos processos iniciados, fizemos um redirecionamento de agenda nos anos recentes, almejando o fortalecimento da equipe gestora da RAPS-BH. Assim se retomam os avanços obtidos, as velhas e novas questões da rede e, em especial, as limitações de gestão. Nesse foco, a proposta foi a de se colocar o próprio trabalho de gestão em análise, simultaneamente à perspectiva de apropriação de conceitos-ferramentas para ajudar os gestores/rede gerencial a se fortalecerem em suas funções de gestão do trabalho e do cuidado.

Mexendo-se em arena tão sabidamente frágil – o exercício da *função gestão* –, consideramos que aí o Apoio-Análise Coletiva do Trabalho assume relevância especial, provocando a se sair de uma naturalização dessa função e colocá-la em discussão coletiva. Oportuniza-se, assim, que trabalhadores e gestores (e usuários) reflitam sobre o (des)preparo, (in)experiência, (des)estímulo e inclusive falta de incentivo formativo institucional para se qualificar na função gestão, o que em muito influencia na qualidade do trabalho em equipe e na prestação do cuidado ao usuário. Nesse contexto, muitas lacunas na organização do trabalho, fragmentação das equipes e insuficiência de práticas efetivamente ampliadas e inclusivas dos usuários eram/são explicadas pelas fragilidades gerenciais em articular o trabalho em equipe, assegurando e avançando nas lógicas de integração multiprofissional e matriciamento, bem como nas pontes necessárias ao compartilhamento em rede.

Num determinado momento institucional, em meio a esse cenário de necessidades, emerge a surpresa e o desafio no qual os gestores centrais se viram com a reestruturação administrativa da área no nível central, atendendo a suas solicitações de novo organograma, criação de cargos e grande expansão de equipe. Mas, ao mesmo tempo, sem cuidado institucional em se alinhar o modo de integração interna para dirigir a rede, levando ao risco de aumentar fragmentações em cascata. Um dos focos de apoio foi, então, redirecionado para a colaboração na articulação da equipe que, na nova estrutura, se distribuía em cargos/ subáreas bem demarcadas em termos organogramáticos, mas no risco de uma demarcação indutora de atuações isoladas e de se fazer presente (os gestores centrais) de forma fragmentada na relação com os territórios.

Em se tratando de um novo arcabouço na macroestrutura organizativo-financeira da Secretaria (com novos cargos, novos salários etc.), o novo organograma (já formalizado) envolvia muitas questões/ interesses de âmbitos técnico, político, financeiro, organizacional etc. Daí, nossa atenção em evitar a perda de rumos em centrar conversas nos aspectos mais macroinstitucionais, buscando então fomentar discussões que extrapolassem esta dimensão. Nesse rumo, a tônica foi e vem sendo a de ajudar a colocar o próprio organograma em análise, remetendo-o ao que pode (e deve) ser (re)inventado pela própria equipe, trazendo o referencial da transversalidade para se tensionar a dureza do organograma e se pensar em um fluxograma ético-organizativo mais transversal.

Por meio da própria experiência de Apoio-Análise Coletiva do Trabalho deve-se, portanto, tratar em equipe desses tipos de questões que permeiam seu existir como gestores, no difícil equilíbrio entre a dureza dos instituídos e os desafios de inovações permanentes para dar conta do real do trabalho e das exigências institucionais. Não é demais salientar que o desafio de superar a tradição de gestões verticalizadas e agir como (co)gestores de processos e relações de trabalho vem

associado às complexas relações de poderes, saberes e afetos que atravessam os sujeitos/coletivos em suas práticas cotidianas.

As necessidades e demandas de apoio na RAPS-BH se complexificaram e se intensificaram em meio a vários fatores desfavoráveis nos períodos recentes, na pandemia e pós-pandemia de COVID-19. Esses fatores vão desde as ameaças de setores interessados no desmonte da Reforma Psiquiátrica, com ataques dirigidos ao SUS/BH pela sua própria visibilidade em avanços nesse campo, até aspectos político-estruturais que caracterizam a precarização atual do mundo do trabalho em saúde, levando à extrema dificuldade de incorporação e fixação de profissionais nos serviços. Além disso, hoje em BH, verifica-se uma grande mudança no quadro de trabalhadores (incluindo gestores) em todos os níveis da rede, observando serviços em que toda a equipe é recém-contratada e sem o cuidado institucional em se ofertar atualizações e alinhamentos de diretrizes acerca do modelo de atenção.

Para contribuir com a necessária formação em serviço, no momento atual de apoio, a proposta é fazer convergir todas as iniciativas que já vêm sendo trilhadas, envidando esforços para constituir ou se legitimar um Colegiado Gestor Ampliado da SM, agregando todos os atores-chave dos níveis central, distrital e local, firmando-se uma agenda de cooperação com esse grupo. Nessa direção, se apoiam discussões nas quais o Colegiado pode-se alinhar entre si, seguindo a construção coletiva de um documento-guia atualizando as diretrizes da RAPS-BH e seus eixos operacionais. Essa produção não deve passar somente pelos conteúdos temáticos fundamentais, mas incorporar estratégias de gestão/planejamento para que o material ganhe valor de uso com toda a rede, em agendas de alinhamentos permanentes das equipes em seus locais de trabalho.

Por fim, vale lembrar outro importante recurso recentemente agregado aos investimentos para qualificação da rede. Quando, em 2020, a Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais (SES/MG)

lançou edital financiando a contratação temporária de supervisores clínico-institucionais para os municípios, essa pauta foi trazida para as discussões de apoio com momentos de intensas avaliações sobre o histórico de avanços da RAPS-BH, os caminhos já explorados, as lacunas e as expectativas com a contribuição de novos supervisores na rede.

4. Apoio-avaliação-intervenção em um CAPS/CERSAM da RAPS-SUS Belo Horizonte

Nossa presença de apoio aos serviços de SM do SUS/BH acontece desde o momento de construção da rede, com atuações mais regulares ora em um ou outro serviço ao longo do tempo (Santos Filho, 2008). Destacamos a experiência com um destes, o CAPS/CERSAM Noroeste, com o qual interagimos desde sua criação, em 1995, mas aqui enfatizando a agenda mais intensiva que temos desenvolvido nos últimos anos.

A atualização de um contrato de apoio com esse serviço ocorreu em meio a uma crise, a qual desembocou em verdadeiros “gritos de socorro” tanto a partir dos trabalhadores, como de sua gerência e dos gestores distrital e central. Como era um momento de transição de gestores e também de profissionais saindo e entrando, em alta rotatividade, propusemos uma certa reiniciação de aproximação. Para isso, o devido cuidado com a análise de demanda-encomenda, que serviu de base para se iniciar um contrato de apoio. Esse é um dispositivo estratégico nos rumos de esclarecimentos de focos e modos de trabalho, portanto, não se tratando de contrato em sentido administrativo-burocrático, mas de contratualização de perspectivas e de compromissos com os modos de interação nos referenciais de transversalidade e cogestão.

4.1 Contrato e pontos de partida

Uma das premissas do contrato foi a de se tomar a equipe, em seu conjunto, como o espaço privilegiado para se colocar o trabalho em análise, com ela se construindo uma agenda de encontros voltados para

a exploração dos problemas e caminhos interventivos. Assim, a agenda envolveria momentos com toda a equipe, intercalados com reuniões em um grupo menor, este funcionando como grupo de apoio à gestão. Esse grupo não teria a função vertical de formulações apriorísticas para se levar à equipe, mas de articulação das pautas que ela indicava como necessárias e, assim, melhor prepará-las para discussões mais direcionadas.

A partir de uma série de encontros, organizou-se uma oficina com a temática de gestão, processos e relações de trabalho, que contou com a participação de todos os trabalhadores do serviço. Esse dado em si mesmo representou um efeito relevante da série de discussões iniciadas, nas quais se foi (co)produzindo interesse em participar/tomar parte daquele movimento que se iniciava. Importante lembrar que, no contexto de muita fragmentação e insatisfações que marcavam o serviço, ali se vinha fazendo várias tentativas de encontros, os quais ficavam sempre esvaziados, sem motivações para se estar neles (inclusive esvaziamento das reuniões de equipe que eram parte da rotina).

As escutas iniciais, resgatadas na referida oficina, constituíram-se num produtivo momento de tensionamentos, com oportunidade de todos manifestarem seus incômodos, mas também sendo provocados a se desestabilizarem de posições endurecidas e convicções individualizadas, às vezes convenientes pelo alto grau de sobreimplicações³ acerca das situações vividas em trabalho. Isso culminou em uma importante desconstrução coletiva de fatos, impressões, verdades individuais e das expectativas que se tinha para com o outro e com o serviço. Foi uma oportunidade especial de fazer dialogar o instituído e os possíveis instituintes a emergir.

³ Os autores já referidos (Lourau, 1995, 2004) põem em interface a questão da implicação (relação desenvolvida com a instituição ou com um determinado referencial etc.) e sobreimplicação, quando não se coloca essa relação em análise, ficando inteiramente tomado por aquilo, inclusive com a situação com a qual está interagindo.

O indicador-analisador que sempre nos interessa fazer emergir desses momentos de grupo é o que demonstra que o grau de confiança e de grupalidade começa a se restaurar, o que acontece quando os sujeitos começam a se sentir pertencentes às suas próprias situações concretas de trabalho. E esse foi o indicador que tomamos como base essencial para ali, na referida oficina, ampliar a perspectiva do contrato, ajudando a equipe a vislumbrar os caminhos que poderiam ser abertos a partir da liberdade de dizer dos incômodos que viviam (até então sem oportunidade de passagem), mas também a partir da explicitação dos (novos) interesses e disposições para se envolverem com a reorganização de seus processos, relações e práticas. Isso se deu com uma certa desterritorialização, não deixando os profissionais permanecerem na expectativa (idealizada) de que os problemas daquele serviço seriam resolvidos a partir de um ator externo, de cima para baixo ou de fora para dentro.

4.2 Mapeamento de problemas e metodologia para lidar com eixos de intervenção

Na esteira do contrato de interesses/compromissos, agrupamos as questões em eixos de intervenção (descritos adiante), propostos para se continuar no caminho de construções com a equipe. Tendo feito uma aproximação respeitosa com o momento de sua extrema fragilidade, em que a equipe se encontrava muito machucada com as situações de violência interna a que se referiam, combinamos a oferta cuidadosa de ferramentas que pudessem ajudar a categorizar suas questões, as quais se apresentavam muito pulverizadas. Assim, utilizamos vários referenciais, incluindo técnicas de ponderação/classificação, para a equipe se perceber com mais precisão onde se encontrava (o que caracterizava a situação atual ou linhas de base) e para onde desejava ir (situação desejada/metapas).

Cuidamos com o aporte de instrumentos avaliativos, mas não aplicados na tradição de avaliações normativas e cartoriais, e sim usados como dispositivos disparadores das conversas de análise

coletiva do trabalho. Os materiais integravam perspectivas avaliativa e de planejamento, com a construção de metas pela própria equipe, dentro de suas necessidades e seus possíveis. A confiança no processo se (co)construía em decisões efetivamente coletivas, contando com as presenças ou respaldo de todos os níveis gestores. Isso fazia aumentar a confiança e vontade da equipe em seguir naquelas agendas.

4.3 Feitos e efeitos dos movimentos

Dessa experiência focaremos alguns indicadores de efeitos ou mudanças alcançadas, ilustrando os impactos desses movimentos de apoio.

No eixo de *processo de trabalho e práticas de cuidado*, identificou-se uma história anterior de fragmentação e atuações isoladas, centrados em *tarefismo* e em plantão, com usuários concentrados no serviço, sem compartilhamento de cuidado com a rede e ociosos na permanência-dia. Observaram-se mudanças importantes em 100% dos itens que foram mapeados para se monitorar, indicando avanços no funcionamento da equipe e sua integração para melhor cuidar do usuário e de si (como trabalhadores em equipe e rotinas elaboradas no coletivo).

A equipe passou a expressar satisfação com o fim da “sensação de tirania” que havia entre os próprios colegas, com desrespeito aos diferentes saberes, posicionamentos e condutas. Foram reavaliados os modos de trabalho, os critérios e o acompanhamento de usuários nas modalidades assistenciais, avançando no atendimento em equipe multiprofissional e inclusão das famílias. Foram também ampliadas as abordagens territoriais, extrapolando os muros do serviço. Não obstante esses avanços, a equipe ainda percebe uma compreensão e envolvimento heterogêneos entre os profissionais acerca do modelo de atenção que se deseja fortalecer, o que aponta para a necessidade da continuidade dos investimentos.

No eixo de *gestão participativa, trabalho em equipe e educação permanente*, a história anterior era caracterizada pela dificuldade

gerencial de articulação dos profissionais em alinhamentos de ações, pelo baixo grau de corresponsabilização e pertencimento ao trabalho, e pela degradação dos espaços que seriam para qualificação e construções coletivas. Observaram-se mudanças significativas na sua reorganização, especialmente a reunião colegiada semanal de equipe, promovendo-se a participação de todos e incluindo momentos formativos sistemáticos pautando temas de interesse. Também foram incorporados dispositivos que ajudam a qualificar a gestão e o trabalho em equipe.

No eixo de *capacidade institucional de provisão dos recursos necessários ao funcionamento do serviço*, de um longo tempo de desfalques de recursos humanos, destaca-se o esforço de recomposição do quadro profissional, agora mantendo-se o conjunto previsto para as necessidades do serviço. Num eixo especial de destaque a *eventos-sentinela* – conceito alinhado para lidar com ocorrências indesejadas e possíveis de prevenção – o impacto foi radicalmente percebido logo nos meses iniciais dos movimentos, com redução ou eliminação de todos os tipos de casos indesejados, que envolviam usuários e/ou trabalhadores. Casos graves vieram a ocorrer no último ano, mas não ficaram sem a devida avaliação coletiva, ocupando o centro de várias discussões, guiadas por ferramenta de investigação de causas e (re) planejando ações para prevenção, envolvendo todos os níveis gestores na ótica de corresponsabilização.

A agenda de apoio a esse CAPS/CERSAM prossegue, com o avanço de vir se guiando por um robusto instrumento de monitoramento dos processos, contribuindo para se instaurar a cultura de avaliação no trabalho. Isso muito importa, porque é parte do compromisso de um apoio que ajude no que é uma recorrente queixa institucional de interrupções de processos que começam e são abandonados sem justificativa ou devolutivas, fato gerador de descrédito e desmotivação.

5. Desenho e processo de apoio à RAPS de um município do interior de Minas Gerais

De nossas experiências com cidades vizinhas a BH, aqui selecionamos uma que bem ilustra um projeto de supervisão-apoio num período bem demarcado e os processos que são/foram possíveis de alcançar envolvendo toda a rede. A atividade de apoio ao município de Itaúna foi uma demanda da coordenação da RAPS, num momento em que resumiu seu anseio inicial dizendo da desmotivação com o contexto de problemas e de retrocessos, sinalizando preocupação em “não saber mais o que oferecer às equipes” como recursos para a melhoria de suas condições de funcionamento, de cuidado aos usuários e da própria satisfação como trabalhadores. Para esclarecimentos em torno da demanda, propusemos conversas iniciais com atores-chave da rede. Levando em conta que ali não havia uma estrutura clássica de cargos de gestão, sugerimos a identificação de pessoas em funções formais ou informais de chefia ou por terem inserções de mais tempo na rede.

5.1 Demanda e ferramentas iniciais para abrir caminho

A partir dos incômodos trazidos, misturados no histórico de funcionamento daquela RAPS, construímos uma primeira árvore de problemas, demarcando causas e repercussões que se entrecruzavam no contexto. Naquele início, o uso desse recurso foi essencial para ajudar o grupo a se deslocar do que trazia como incômodo central, posto como as dificuldades ou limitações dos outros. Em uma visível condição de sobreimplicação, estavam convictos de que o problema central era o (mau) comportamento individual dos trabalhadores, dos vários colegas. Esse era, portanto, o terreno com o qual precisávamos trabalhar, articulando recursos metodológicos para se produzir com o grupo as (des)construções necessárias ao enfrentamento dos problemas reais.

O principal desafio era o de ajudar a entender que o comportamento (mau e/ou bom) dos sujeitos, naquele concreto dos serviços, era apenas (e tudo) reflexo de um esgarçamento da organização do trabalho, em grau máximo de adoecimento (o próprio trabalho), isto é,

fazendo predominar nos sujeitos mais suas fragilidades, indisposições e intolerâncias do que suas potencialidades. Assim, seguimos alguns meses em agendas envolvendo mais atores-chave nas rodas de conversa, ampliando a escuta e oportunizando que chefias e colegas de trabalho se escutassem em relação ao que diziam de suas vivências em campo, expressando o difícil convívio entre colegas/equipes/serviços. Vivências e sentimentos foram explicitados com muita dureza, culpabilizações e desmotivações.

Na medida em que alinhávamos as vivências ao que se levantava como lacunas, foi-se crescendo na compreensão de um vácuo que nos interessava tornar visível naquele contexto de trabalho. Com idas e vindas, conseguimos nomear esse vácuo de *vazio de gestão* e *vazio de projeto*. Ao ir ficando mais clara (e confortável) essa compreensão, aqueles grupos, com os quais estávamos em agendas, foram se tornando mais disponíveis para a construção coletiva de um desenho de intervenção com a rede.

5.2 Arranjo de coletivos, de agendas inclusivas e de recursos metodológicos

Assim, iniciamos uma articulação de coletivos e atividades, integrando as seguintes esferas e finalidades: (i) um espaço a se configurar como grupo gestor central (atores-chave se alinhando em diretrizes para puxar conversas/diretrizes com a RAPS); (ii) um espaço com esse grupo gestor central e outros atores-chave, para se ampliarem as conversas além das chefias e iniciando uma agenda de formação mais sistemática, nos moldes de um curso continuado, abordando ferramentas de gestão, processo e relações de trabalho; e (iii) tomando cada serviço como espaço onde se promoveriam encontros regulares de equipe ou renovação das reuniões já existentes, com uma (nova) perspectiva de pauta, isto é, de ali no nível local se abrirem as discussões de interesse local e de toda a rede. Ou seja, a proposta foi a de se constituírem rodas concatenadas de conversa, fomentando análises

das realidades de trabalho, onde cada equipe (e todas em simultâneo) fossem levantando questões e caminhos.

Ao mesmo tempo, espalhados nessas discussões, os atores-chave que faziam parte dos espaços (i) e (ii) podiam estar mais bem qualificados para alimentar os alinhamentos de diretrizes e pactuação de ações para mudanças nos processos de trabalho e práticas de cuidado. Em outros termos, esses espaços/movimentos vinham no caminho de preparo coletivo para a gestão e os atores-chave, especialmente aqueles em cargos de coordenação (mas não só eles), se qualificando para a função gestora de equipe, tudo convergindo para se superar a lacuna identificada como vazio de gestão.

Essa lacuna estava deixando as equipes sem rumo, levando-as a entrar em conflitos pela falta de rumo e de articulação gestora. Por outro lado, foi posto um objetivo especial para esses grupos que estavam em avaliações-aprendizagens-intervenções, que era o de fazer canalizar as discussões para a construção de um documento-guia para a RAPS. Essa construção, para ter efetivamente o caráter coletivo, passava pelas discussões das equipes locais (em suas reuniões) e eram ajustadas e sistematizadas pelo grupo ampliado de gestão, em permanente processo de validações coletivas.

Assim, o documento-guia e seu conjunto de anexos específicos vinham produzindo um projeto para a RAPS, cumprindo, então, com a perspectiva de superar o outro importante vácuo identificado como vazio de projeto. Esse foi o arranjo de supervisão-apoio que se experimentou, respeitando a temporalidade de cada serviço, com mais e menos limitações para seguir/avançar, não ao acaso, sendo mais lento nos serviços onde o cargo ou função de gestão estava ausente ou mais frágil.

Na sequência desses investimentos, sempre em avaliação transversal, produzindo-se pistas para ajustes e correções de rumo, foi possível entrar em uma fase de apoio mais direto a cada serviço/equipe, inclusive contemplando ferramentas apropriadas às suas

singularidades. Isso já indicava um importante efeito dos movimentos anteriores, agora com cada serviço/equipe manifestando visível progresso em suas discussões de trabalho e com mais clareza de suas demandas e, mais do que isso, despertos no interesse coletivo de explorar suas questões.

5.3 Feitos e efeitos dos movimentos

Na esteira desse conjunto de movimentos, em agendas interfaceando os âmbitos micro e macro, destacam-se a seguir produtos e resultados que bem ilustram os efeitos positivos que toda a RAPS validou em encontros avaliativos. Assim, foram valorizados: a utilidade de alinhamentos de temas de interesse do trabalho; a apropriação de conceitos e ferramentas para analisar o trabalho cotidiano (análises, diagnósticos gerais e de cada serviço, documentos diretivos/rotinas, planos de ações etc.); a ampliação do olhar e da compreensão de problemas e subjetividades que atravessam o trabalho, melhor compreendendo os âmbitos de (des)motivações, (des)engajamentos, (des)estímulos, (in)satisfações etc.; a superação de intolerâncias e a restauração do respeito às diferenças, às experiências e aos saberes de cada um; a superação de expectativas inicialmente ingênuas e romantizadas de trabalho ideal, (profissional ideal, equipe ideal etc.); a (re)invenção de ações, estratégias e rotas de enfrentamento e construção coletiva de possíveis; o avanço em se organizarem como espaços formativos (em temas, em ferramentas, em ética de relações de trabalho).

A produção do documento-guia, este com diretrizes e um projeto para a RAPS, foi um destaque tanto pelo investimento coletivo na sua construção, como na expectativa de se tornar um material-base para se seguir com os investimentos e rumos necessários ao funcionamento de uma rede integrada e solidária no agir entre si e no cuidar do outro. Outro indicador positivo dos movimentos foram os remanejamentos e substituições que se tornaram possíveis na esteira de avaliações

coletivas baseadas em critérios, buscando a adequação de perfis para as funções de coordenação.

Para finalizar, trazemos depoimentos ilustrativos do que se produziu como efeitos na organização do trabalho e subjetividades, o que diz do crescimento das equipes no âmbito relacional, em seu grau de grupalidade, confiança, solidariedade e corresponsabilização. Dizem as coordenadoras, inclusive a que nos acionou para o apoio em seu “desespero” inicial: “essa supervisão me salvou no meu trabalho! Isso se deu pelo jeito de abrir diálogo”. “Salvou quando já estava num processo acreditando não ser mais possível avançar em mais nada, sensação de desamparo de toda a equipe. Vimos todas as portas se fecharem e justamente no momento houve a boa chance da supervisão”. “Supervisão que trouxe esperança que não é ingênua, que foi sopro de vida”. Outros dizem: “Foi uma forma cuidadosa de chacoalhar na rede”. “A gente sai fritando os miolos, mas nos faz repensar, em como fazer, para melhorar a rede”. “Temos ficado provocados com a necessidade de melhorar nossa estratégia”. “De certa forma a gente destrinchou o serviço, vendo o que precisa melhorar”. “Criação de novas formas de trabalhar [a própria formação de grupos estratégico] e vendo a mobilização se iniciar no serviço”. “O contato com a concepção de cogestão tocou na gente a responsabilidade que a gente tem com o andamento dos trabalhos”.

Importante ressaltar que essa agenda de apoio teve financiamento específico e com prazo de finalização, o que limita em muito a perspectiva desse tipo de atividade, a qual exige continuidade, que é para ter caráter exatamente de educação permanente. As interrupções são um grave problema e desafio que se recoloca, no alerta de se buscar garantir essas atividades para garantir sustentabilidade aos processos de qualificação das redes.

6. Conclusão: enfatizando os eixos sustentadores da análise coletiva do trabalho

Nesta conclusão, enfatizo o que demarca a transversalidade ou o comum nas experiências e que sustenta a abordagem metodológica. Em primeiro lugar, reafirma-se que o trabalho é o pano de fundo de toda a análise-intervenção, isto é, dispara-se um processo em que o foco não se reduz ao olhar sobre as prescrições, tarefas, metas e outros âmbitos tradicionalmente verificados em avaliações de serviços e de desempenho. O foco é o trabalho no sentido de pôr em análise as complexas relações (e distâncias) entre o *prescrito* e o *real* do trabalho, e o que se pode mobilizar na construção coletiva dos *possíveis em trabalho*. Assim, se enfatiza que construção coletiva e gestão compartilhada (dos processos e do cuidado) se interconectam e se tornam indissociáveis de uma avaliação participativa, comprometida com transformações. Nesse caminho, a finalidade primordial é a de ampliar a capacidade de análise e de intervenção das próprias equipes em seus espaços de trabalho.

Posto assim, o que mais se preza na metodologia é a oportunidade de avaliações ampliadas, levantando-se os elementos que dificultam os processos, as práticas, o cuidado, passando a compreender os diferentes tipos de implicações (e sobreimplicações) que perpassam o mundo do trabalho. E, assim, enfrentando a usual e ingênua visão gerencial (ou gerencialista) de que bastam simples prescrições institucionais de normas e boas ações para uma mera execução pelo outro.

A gestão do trabalho e do cuidado, assim como as modalidades de apoio comprometidas com os coletivos, devem se dar com a mobilização das equipes em busca de responsabilização com suas práticas. Nesse caminho, emergem oportunidades de revisão e atualização das formações, qualificações, trajetórias, saberes, interesses etc., e de comprometimento com renovações e invenções, articulando ética e operacionalmente interesses dos usuários, trabalhadores e gestores.

Nesse rumo, espera-se uma supervisão-apoio que, ao transitar nos âmbitos macro e micro do trabalho, contribua com o fortalecimento de coletivos no enfrentamento dos riscos ou instabilidades, que são próprios aos contextos institucionais e que levam as equipes a se

fragilizarem e serem capturadas pelo instituído nos espaços cotidianos de trabalho.

REFERÊNCIAS

BAREMBLIT, G.. **Grupos: teoria e técnica**. Rio de Janeiro: Graal, 1982.

BAREMBLIT, G.. **O inconsciente institucional**. Belo Horizonte: Fundação Gregorio Barembly, 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. **HumanizaSUS: documento base para gestores e trabalhadores do SUS**. Brasília: Ministério da Saúde, 2008.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Humanização: Formação e intervenção**. Brasília: Ministério da Saúde, 2010.

CAMPOS, G. W. S.. **Um método para análise e gestão de coletivos**. São Paulo: Hucitec, 2015.

GUATTARI, F.. **Psicanálise e transversalidade**. Aparecida: Ideias e Letras, 2004.

LOURAU, R.. **El estado y el inconsciente**. Barcelona: Kairós, 1980.

LOURAU, R.. **A análise institucional**. Petrópolis: Vozes, 1995.

LOURAU, R.. Uma apresentação da análise institucional. In: ALTOÉ, S. (org.). **René Lourau: analista institucional em tempo integral**. São Paulo: Hucitec, 2004.

SANTOS FILHO, S. B.. Articulando planejamento e contratos de gestão na organização de serviços substitutivos de saúde mental: experiência do SUS em Belo Horizonte. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 32, n. 78/79/80, p. 172-181, 2008.

SANTOS FILHO, S. B.. **Avaliação e Humanização em Saúde: aproximações metodológicas**. Ijuí: Unijuí, 2010.

SANTOS FILHO, S. B.; BARROS, M. E. B.. O trabalho em saúde e o desafio da humanização: algumas estratégias de análise-intervenção. **Tempus Actas de Saúde Coletiva**, Brasília, v. 6, n. 2, p. 101-122, 2012.

SANTOS FILHO, S. B.. Análise coletiva do trabalho como dispositivo de formação para o trabalho em equipe. In: SOUZA, K.V.; SANTOS FILHO, S. B. (orgs). **Educação profissional em saúde: metodologia e experiências de formação-intervenção-avaliação**. Porto Alegre: Moria, 2020.

SANTOS FILHO, S. B.. **Apoio institucional e análise do trabalho em saúde: dimensões avaliativas e experiências no SUS**. Interface, São Paulo, v. 18, supl. 1, p. 1013-1025, 2014.

SCHWARTZ, Y.; DURRIVE, L.. **Trabalho e ergologia: conversas sobre a atividade humana**. Niterói: EdUFF, 2010.

Sobre os organizadores

ALESSANDRA RIOS DE FARIA

Psicóloga e Mestre em Educação e Inclusão Social pela Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG). Doutoranda em Psicologia pela mesma instituição de ensino, na linha de Psicologia Social. Trabalhadora da Escola de Saúde Pública do Estado de Minas Gerais (ESP-MG), onde desenvolve diferentes ações formativas na área de Saúde Mental. É docente nos cursos de formação da ESP-MG, atuando nas disciplinas sobre produção do cuidado e educação popular em saúde.

ANA REGINA MACHADO

Psicóloga pela Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG); Especialista em Saúde Mental pela Escola de Saúde Pública do Estado de Minas Gerais (ESP-MG); Mestre em Saúde Pública pela UFMG; Doutora em Saúde Coletiva pelo Instituto de Pesquisas René Rachou (IRR) da Fiocruz Minas. Trabalhadora da Escola de Saúde Pública do Estado de Minas Gerais (ESP-MG), onde desenvolve diferentes ações formativas na área de Saúde Mental, Álcool e Drogas. Coordenadora e docente na Especialização em Políticas de Saúde Mental e Atenção Psicossocial da ESP-MG. Docente nas Especializações em Saúde Pública e em Direito Sanitário também na ESP-MG. Orientadora de trabalhos de conclusão de cursos das Especializações em que atua e coorientadora de dissertações e teses no IRR – Fiocruz Minas. Participou da organização e é uma das autoras do caderno “O cuidado em saúde mental: diálogos e entre o MST e o SUS” (2014), do livro “Caminhando contra o vento: o cuidado e a cidadania na atenção a usuários de drogas” (2018) e do “Guia para o trabalho nas redes de atenção psicossocial em Minas Gerais: diretrizes e orientações” (2022). Tem outras publicações na área de saúde mental, álcool e outras drogas.

GUSTAVO DIAS RIBEIRO

Graduando em Psicologia pela Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG), com ênfase em processos psicossociais. Estagiário na Escola de Saúde Pública do Estado de Minas Gerais, atuando junto à Coordenação de Política, Planejamento e Gestão em Saúde.

JAMILE ALVES PEREIRA

Terapeuta Ocupacional pela Universidade Federal de Minas Gerais. Atriz pelo Núcleo de Estudos Teatrais; pela Pontifícia Universidade Católica de Minas Gerais; pelo Galpão Cine Horto e pela Companhia Luna Lunera. Especialista em Tecnologia Assistiva pela Faculdade de Tecnologia em Saúde do Centro Integrado de Estudos e Pesquisa do Homem. Especialista em Políticas de Saúde Mental e Atenção Psicossocial pela Escola de Saúde Pública de Minas Gerais. Trabalhadora do CAPS II de Congonhas e do Centro de Convivência e Cultura Dona Ivone Lara, serviços de Congonhas/MG.

LUZMARINA MORELO

Psiquiatra da Rede de Atenção Psicossocial de Belo Horizonte. Trabalhadora na Escola de Saúde Pública do Estado de Minas Gerais. Participou da equipe que fundou um dos primeiros serviços de saúde mental no Brasil baseado na Reforma Psiquiátrica, em João Monlevade, Minas Gerais – SESAMO. Foi diretora do Hospital Galba Velloso. Preceptora da residência de Psiquiatria do Hospital Metropolitano Odilon Behrens (HOB/PBH).

PRISCILA RAYANE LOPES MORAES

Advogada, bacharel em Direito pela Faculdade Batista de Minas Gerais. Especialista em Direito Sanitário pela Escola de Saúde Pública do Estado de Minas Gerais (ESP-MG). Trabalhadora da Escola de Saúde Pública, em Belo Horizonte.

SUZANA DE ALMEIDA GONTIJO

Terapeuta Ocupacional pela Universidade Federal de Minas Gerais. Especialista em Políticas de Saúde Mental e Atenção Psicossocial pela Escola de Saúde Pública do Estado de Minas Gerais. Trabalhadora da Rede de Atenção Psicossocial de Ouro Preto - MG.

Sobre os autores

ADRIANA MOJICA VERAS MASSANTI PONZO

Trabalhadora da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) do município de Itaúna, participou da criação do Centro de Convivência e Cultura Dr. Peri Tupinambás, onde atua desde 2004. Militante do Fórum Mineiro de Saúde Mental (FMSM). Hebiatra e Sanitarista.

E-mail: dricamojicaveras@gmail.com

ALESSANDRA RIOS DE FARIA

Psicóloga e Mestre em Educação e Inclusão Social pela Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG). Doutoranda em Psicologia pela mesma instituição de ensino, na linha de Psicologia Social. Trabalhadora da Escola de Saúde Pública do Estado de Minas Gerais (ESP-MG), onde desenvolve diferentes ações formativas na área de Saúde Mental. É docente nos cursos de formação da ESP-MG, atuando nas disciplinas sobre produção do cuidado e educação popular em saúde.

E-mail: alessandra.faria@esp.mg.gov.br

ANA CAROLINA STUART LEITE COSTA

Terapeuta Ocupacional, funcionária da Prefeitura de Carmópolis de Minas (MG).

E-mail: acslcosta@yahoo.com.br

ANA MARTA LOBOSQUE

Psiquiatra, doutora em Filosofia. Autora de livros e textos relativos à atenção psicossocial, militante da luta antimanicomial.

E-mail: lobosqueanamarta@gmail.com

ANA REGINA MACHADO

Psicóloga pela Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG); Especialista em Saúde Mental pela Escola de Saúde Pública do Estado de Minas Gerais (ESP-MG); Mestre em Saúde Pública pela UFMG; Doutora em Saúde Coletiva pelo Instituto de Pesquisas René Rachou (IRR) da Fiocruz Minas. Trabalhadora da Escola de Saúde Pública do Estado de Minas Gerais (ESP-MG), onde é

docente e desenvolve diferentes ações formativas na área de Saúde Mental, Álcool e Drogas.

E-mail: ana.machado@esp.mg.gov.br

ANA RITA AMARAL MINAS

Graduada em Psicologia pela Faculdade Pitágoras de Ipatinga-MG. É especialista em NeuroPsicologia pela Pontifícia Universidade Católica de Minas Gerais e em Políticas de Saúde Mental e Atenção Psicossocial pela Escola de Saúde Pública do Estado de Minas Gerais. Psicóloga com experiências em Saúde Mental no SUS e em Psicologia Clínica, atuando principalmente em transtornos do neurodesenvolvimento. Atualmente é neuropsicóloga com ênfase em avaliações.

E-mail: anaritaamaral29@outlook.com

ANA SILVIA PAIXÃO SANTOS

Mulher negra, Assistente Social pela Pontifícia Universidade Católica de Minas Gerais (PUC-MG). Especialista em Políticas de Saúde Mental e Atenção Psicossocial (ESP-MG). Trabalhadora do Centro de Atenção Psicossocial AD de Sete Lagoas, atuante na Política de Saúde Mental desde 2014. Militante da Luta Antirracista e Antimanicomial.

E-mail: aninhasocial2006@yahoo.com.br

ÁQUILA BRUNO MIRANDA

Doutoranda em Psicologia Social pela Universidade Federal de Minas Gerais. Mestra em Educação pela Universidade Federal de Minas Gerais. Especialista em Saúde da Família pelo Programa de Residência Multiprofissional em Saúde da Família pela PUC-Minas/ Ministério da Saúde. Possui graduação em Psicologia pela Universidade Federal de Minas Gerais. Integrante do Núcleo de Ensino, Pesquisa e Extensão Conexões de Saberes (UFMG).

E-mail: aquilabruno@ymail.com

ARNOR JOSÉ TRINDADE FILHO

Psicólogo pela Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG). Mestre em Promoção da Saúde e Prevenção à Violência pela Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG). Especialista em Gestão do Trabalho e Educação para a Saúde pela Escola de Saúde Pública de Minas Gerais. Trabalhador do SUS/BH.

E-mail: arnortrindade@yahoo.com.br

CAROLINA ESSELIN DE SOUSA LINO

Psicóloga pela Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG), Mestre em Psicologia (UFMG) e em Literatura e Psicanálise (UFMG), psicóloga clínica, supervisora clínico-institucional, docente universitária.

E-mail: carollinaesselin@gmail.com

CAROLINA PEREIRA MERLO

Graduada em Artes Visuais pela EBA-UFMG. Trabalha como artista facilitadora na Saúde Mental - SUS, nos Centros de Convivência Rosimeire Silva e Arthur Bispo do Rosário desde 2016. Em paralelo, realiza pesquisas artísticas na área da ilustração e da costura. Artesã, artista e militante da Luta Antimanicomial.

E-mail: correiodecarol@gmail.com

CLAUDIA ANDRÉA MAYORGA BORGES

Doutora em Psicologia Social pela Universidade Complutense de Madri – Espanha. É professora do Departamento de Psicologia da Universidade Federal de Minas Gerais e do Programa de Pós-graduação em Psicologia. Coordena o Núcleo de Ensino, Pesquisa e Extensão Conexões de Saberes na UFMG.

E-mail: mayorga.claudia@gmail.com

DANIELA DE MELO GOMES

Terapeuta Ocupacional pela Universidade Federal de Minas Gerais. Mestra em Dança pelo PPG-Dan/UFRJ. Especialista em Saúde Mental nos moldes de Residência pelo Instituto de Psiquiatria - IPUB/UFRJ e SMSDC-RJ. Especialista em Terapia através do Movimento pela Faculdade de Dança Angel Vianna/RJ. Artista-Dançarina. Trabalhadora da Rede de Atenção Psicossocial de Belo Horizonte/MG. Tem como áreas de interesse a Luta Antimanicomial, as relações entre racismo, danças populares e saúde mental.

E-mail: danielademelogomes@yahoo.com.br

DANIELA MARIA DINARDI ALVES PINTO

Psicanalista. Graduada em Terapia Ocupacional pela UFMG. Pós-graduada em Saúde Mental e em Gestão Hospitalar pela Escola de Saúde Pública do Estado de Minas Gerais (ESP-MG). Supervisora Clínico-Institucional da RAPS/BH. Integra a equipe que coordena as atividades do Núcleo de Investigação e Pesquisa nas Toxicomanias e Alcoolismo do Instituto de Psicanálise e Saúde

Mental de Minas Gerais (IPSM-MG). Trabalhou na Fundação Hospitalar do Estado de Minas Gerais onde foi diretora do Centro Mineiro de Toxicomania.

E-mail: danieladialp@gmail.com

DANIENE CÁSSIA DOS SANTOS

Trabalhadora do Sistema Único de Saúde. Doutoranda em Psicologia Social (UFMG), Mestre e Psicóloga (UFMG), Especialista em Saúde Pública (ESP-MG) e em Educação em Saúde para Preceptores do SUS (Hosp. S. Libanês). Docente do Curso de Medicina do UNIBH; Ouvidora da Fundação Hemominas. Integrante do Laboratório de Estudos sobre Trabalho, Cárcere e Direitos Humanos da UFMG; Membro do Instituto DH. Possui atuação anterior no CAPS ad Centro Mineiro de Toxicomania (FHEMIG) como psicóloga, gerente assistencial e coordenadora do Núcleo de Ensino e Pesquisa. Atuação em Ribeirão das Neves (MG) como coordenadora do Núcleo de Ed. Permanente em Saúde, do Grupo de Trabalho de Humanização do H. S. Judas Tadeu e como Secretária da MESA SUS. Atuação anterior em supervisão clínico-institucional. Experiência na área de Psicologia com ênfase em: Docência; Educação Permanente Em Saúde; Saúde Mental; Toxicomania; Direitos Humanos.

E-mail: danienesantos@gmail.com

DIRLEY LELLIS DOS SANTOS FARIA

Psicóloga, trabalhadora da Saúde Mental Infantojuvenil de Betim/MG, Mestre em Psicologia Social pela UFMG, Doutora em Saúde Coletiva pela FIOCRUZ/MG, supervisora do CAPSi de Itabira.

E-mail: dirleylellis@yahoo.com.br

ENIO RODRIGUES DA SILVA

Médico psiquiatra. Mestre em Psicologia pela UFMG, com orientação da Profa. Dra. Vanessa Andrade de Barros; e Doutor em Educação pela UFMG, com orientação da Profa. Dra. Daisy Moreira Cunha. Professor da UNIFENAS/BH e do Bacharelado Interdisciplinar – BI-Saúde da UFSB/CSC; Trabalhador do CAPS III ad/Betim; Preceptor da Residência em Psiquiatria/Betim; Membro do Movimento Nacional – Psiquiatria, Democracia e cuidado em liberdade.

E-mail: eniosrodrigues46@gmail.com

FABIANA PIMENTA DE ALMEIDA

Terapeuta Ocupacional. Especialista em Saúde Pública e em Atenção ao Usuário de Álcool e Drogas no SUS. Supervisora Clínica Institucional, trabalhadora da Atenção Primária e Saúde Mental/SUS em Itabira/MG.

E-mail: fabianapimentadealmeida@gmail.com

FABRÍCIA CRISTINE FREITAS

Psicóloga pelo Centro Universitário Newton Paiva. Pós-graduada em NeuroPsicologia pela Faculdade Metropolitana do Estado de São Paulo (FAMEESP). Especialista em Políticas Públicas de Saúde Mental e Atenção Psicossocial (ESP-MG). Trabalhadora do Centro de Atenção Psicossocial II (CAPSII), em Sete Lagoas. Militante da Luta Antimanicomial.

E-mail: fabryfreitas@gmail.com

FERNANDA DE OLIVEIRA GUIMARÃES

Psicóloga, Mestre em Serviço Social pela Universidade Federal de Juiz de Fora. Especialista em Gestão e Política de Saúde em Minas Gerais. Atualmente Referência Técnica Regional de Saúde Mental na Gerência Regional de Saúde de Leopoldina.

E-mail: fernanda.guimaraes@saude.mg.gov.br

FILIPPE DE MELLO LOPES

Psicólogo pela Universidade Federal de São João del Rei (UFSJ). Mestre em Psicologia pela Universidade Federal de São João del Rei (UFSJ). Docente do Centro Universitário Presidente Antônio Carlos - UNIPAC - Barbacena. Militante da Luta Antimanicomial.

E-mail: filippeufsjsj@gmail.com

GUSTAVO DIAS RIBEIRO

Graduando em Psicologia pela Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG), com ênfase em processos psicossociais. Estagiário na Escola de Saúde Pública do Estado de Minas Gerais, atuando junto à Coordenação de Política, Planejamento e Gestão em Saúde.

E-mail: gustavordias@hotmail.com

IOLANDA COTTA PARMA

Psicóloga pela Universidade Federal de Juiz de Fora. Especialista em Políticas de Saúde Mental e Atenção Psicossocial pela Escola de Saúde Pública de Minas

Gerais. Trabalhadora do SUS e atualmente Gerente de Atenção Básica no município de Paula Cândido (MG).

E-mail: iolandacparma@gmail.com

ISABELLA CRISTINA BARRAL FARIA LIMA

Psicóloga pela Universidade Federal de Minas Gerais. Doutora e mestra em Psicologia (Psicologia Social) pela mesma instituição. Especialista em Psicologia Hospitalar e da Saúde pela Universidade Federal de Juiz de Fora (Programa de Residência). Professora de Psicologia e Psicóloga Clínica.

E-mail: isa.farialima@gmail.com

JAMILE ALVES PEREIRA

Terapeuta Ocupacional pela Universidade Federal de Minas Gerais. Atriz pelo Núcleo de Estudos Teatrais; pela Pontifícia Universidade Católica de Minas Gerais; pelo Galpão Cine Horto e pela Companhia Luna Lunera. Especialista em Tecnologia Assistiva pela Faculdade de Tecnologia em Saúde do Centro Integrado de Estudos e Pesquisa do Homem. Especialista em Políticas de Saúde Mental e Atenção Psicossocial pela Escola de Saúde Pública de Minas Gerais. Trabalhadora do CAPS II de Congonhas e do Centro de Convivência e Cultura Dona Ivone Lara, serviços de Congonhas/MG.

E-mail: jamilepossaudemental@gmail.com

JAQUELINE LAGO

Assistente Social. Mestre em Educação, Cultura e Organizações Sociais. Especialista em Gestão Pública; Especialista interdisciplinar em Adolescência. Docente no curso de graduação em Serviço Social do Centro Universitário Izabela Hendrix e no núcleo de Pós-Graduação da UNA. Analista de Políticas Públicas na Prefeitura de Belo Horizonte (PHB). Ocupou cargos de Gestão na PBH, SUASE/SEDS e na Inspetoria São João Bosco.

E-mail: jack.lago08@gmail.com

JOÃO VINÍCIUS DOS SANTOS DIAS

Doutor em Saúde Pública pela Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca da Fundação Oswaldo Cruz (ENSP/FIOCRUZ). Mestre em Saúde Coletiva pelo Instituto de Estudos de Saúde Coletiva da Universidade Federal do Rio de Janeiro (IESC/UFRJ). Especialista em Saúde Mental e Atenção Psicossocial (ENSP/FIOCRUZ). Especialista no formato de Residência em Saúde Coletiva (IESC/UFRJ). Graduado em Psicologia pela Universidade do Estado do Rio

de Janeiro (UERJ). Psicólogo da Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro (SMS-RJ). Professor substituto do IESC/UFRJ na área de Ciências Sociais e Saúde. Atuação em docência, pesquisa, gestão de serviços de saúde e assistência. Possui interesse nas áreas de Saúde Pública, Saúde Mental, Educação Popular e Psicologia.

E-mail: jovisdi@gmail.com

JULIA COSTA DE OLIVEIRA

Doutoranda em Psicologia Social na linha de Política, Participação Social e Processos de Identificação. Mestre em Psicologia Social pela Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG). Graduada na mesma instituição em Psicologia, com ênfase em Processos Psicossociais. É vinculada ao Núcleo de Ensino, Pesquisa e Extensão Conexões de Saberes (UFMG).

E-mail: co.julia@hotmail.com

JULIA MARIA DE SOUZA FARIAS

Graduanda em Psicologia pela Faculdade Arnaldo. Estagiária na Escola de Saúde Pública do Estado de Minas Gerais, atuando na Coordenação de Política, Planejamento e Gestão em Saúde.

E-mail: julia.mfarias@outlook.com

JULIANA MEIRELLES MOTTA

Psicanalista, membro da Associação Mundial de Psicanálise (AMP) e da Escola Brasileira de Psicanálise - Seção Minas Gerais (EBP-MG). Docente dos cursos de Clínica Psicanalítica e Saúde Mental/IEC/PUC-MG.

E-mail: julianameirellesmotta@gmail.com

LAURA FUSARO CAMEY

Fotógrafa, usuária da Rede de Atenção Psicossocial de Belo Horizonte. Membro da Associação dos Usuários dos Serviços de Saúde Mental de Minas Gerais (ASUSSAM-MG).

E-mail: laurafcamey@gmail.com

LINDA BATISTA DO CARMO

Artista visual pela Universidade do Estado de Minas Gerais. Trabalhadora do Centro de Convivência Rosimeire Silva, localizado em Belo Horizonte, desde 2006.

E-mail: lindabcardmo@gmail.com

LUZMARINA MORELO

Psiquiatra da Rede de Atenção Psicossocial de Belo Horizonte. Trabalhadora na Escola de Saúde Pública do Estado de Minas Gerais. Participou da equipe que fundou um dos primeiros serviços de saúde mental no Brasil baseado na Reforma Psiquiátrica, em João Monlevade, Minas Gerais – SESAMO. Foi diretora do Hospital Galba Velloso. Preceptora da residência de Psiquiatria do Hospital Metropolitano Odilon Behrens (HOB/PBH).

E-mail: luzmarina.morelo@esp.mg.gov.br

MANUELA CARVALHO REBOUÇAS

Arquiteta e urbanista pela Universidade Federal de Minas Gerais. Pós-graduada em Arte Educação pela Universidade Estadual de Minas Gerais. Professora de Artes Cênicas nos Centros de Convivência Marcus Matraga/Barreiro e Rosimeire Silva, estes integrantes da Rede de Atenção Psicossocial de Belo Horizonte. Ativista da Luta Antimanicomial.

E-mail: manureboucas30@gmail.com

MARCELA ALVES DE LIMA SANTOS

Terapeuta Ocupacional pela Universidade Federal de Minas Gerais. Doutora e Mestre em Saúde Coletiva pela Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz). Trabalhadora da Secretaria Municipal de Saúde de Mariana (MG).

E-mail: marcela_lima5@hotmail.com

MÁRCIA MARIA RODRIGUES RIBEIRO

Psicóloga, Mestre em Promoção de Saúde e Prevenção a Violência. Especialista em Saúde Mental, em Atenção a Usuários de Álcool e Drogas no SUS e em Gestão em Saúde. Supervisora Clínica-Institucional. Foi trabalhadora da Saúde Mental/SUS em Ribeirão das Neves/MG.

E-mail: marciaribeirocontato@gmail.com

MARIA LÚCIA DOS REIS

Psicóloga pela UFU. Mestre em Educação. Especialista em Políticas e Gestão de Saúde na SES/MG, SRS Uberlândia. Referência Técnica Regional da Rede de Atenção Psicossocial e da Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência.

E-mail: maria.reis@saude.mg.gov.br

MARIA MERCEDES MERRY BRITO

Psicóloga, graduada pela FUMEC/UCH. Pós-graduada em Filosofia pela UFMG. Mestre em Ciências Sociais - Gestão das Cidades pela PUC-MG. Doutora em Estudos Psicanalíticos pela UFMG.

E-mail: merrymercedes@gmail.com

MARIA ODETE PEREIRA

Enfermeira. Docente da área de Saúde Mental, do Departamento de Enfermagem Aplicada da Escola de Enfermagem da Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG). Pesquisadora do Programa de Pós-graduação em Enfermagem da UFMG. Pesquisadora do Programa de Mestrado Profissional em Gestão dos Serviços de Saúde da Escola de Enfermagem da UFMG. Supervisora clínico-institucional no CAPS I de Carmópolis de Minas pela Secretaria Estadual de Saúde de Minas Gerais (2021-2022).

E-mail: m.odetepereira@gmail.com

MICAEL ALVES DOS SANTOS

Enfermeiro. Mestrando do Programa de Pós-graduação em Enfermagem da Escola de Enfermagem da UFMG.

E-mail: micalalvessantos1@gmail.com

MONICA DE SOUZA RIBEIRO

Artesã, graduanda em Terapia Ocupacional pelo Centro Universitário Leonardo da Vinci (UNIASSELVI). Trabalhadora do Centro de Convivência Rosimeire Silva (Regional Norte), em Belo Horizonte.

E-mail: m.monicasribeiro@gmail.com

MÔNICA DO PILAR SANTOS

Psicóloga pela FUMEC. Especialista em Políticas de Saúde Mental e Atenção Psicossocial (ESP-MG). Especialista em Psicanálise (IPSM-MG). Trabalhadora do Sistema Único da Assistência Social há 22 anos, sendo oito anos em Pitangui (MG). Atua também com Psicologia Clínica e na Atenção Primária/SUS em Onça de Pitangui/MG.

E-mail: monicadopilar@gmail.com

PATRÍCIA ADRIANA ROSA DA SILVA

Psicóloga pela Univiçosa - Centro Universitário de Viçosa. Trabalhadora da Equipe Multidisciplinar da Atenção Primária à Saúde e Referência Técnica em Saúde da Mulher em Belo Vale.

E-mail: patriciaadriana7@hotmail.com

PATRICIA FERNANDA DE MELO

Psicóloga pela PUC-MINAS. Pós-graduada em Psicodrama pelo IMPSI - Instituto Mineiro de Psicodrama. Especialista em Políticas de Saúde Mental e Atenção Psicossocial (ESP-MG). Trabalhadora do SUS Contagem. Palhaça Merlot.

E-mail: patymelo@terra.com.br

REGIANE BATISTA PEREIRA

Assistente Social pela Faculdade FACED/FADIV de Divinópolis, Minas Gerais. Especialista em Políticas de Saúde Mental e Atenção Psicossocial pela Escola de Saúde Pública do Estado de Minas Gerais (ESP-MG). Trabalhadora do Centro de Atenção Psicossocial CAPS II de Pará de Minas.

E-mail: regybatista@hotmail.com

REGINA CÉLIA RODRIGUES MONTEIRO

Psicóloga pela Universidade Federal de São João del-Rei. Pós-graduada em Saúde Mental pela Escola de Saúde Pública de Minas Gerais. Trabalha atualmente como Referência Técnica de Saúde Mental na Atenção Básica no município de Dolores de Campos/MG e atuou como supervisora clínico-institucional em Carandaí/MG. Militante da Luta Antimanicomial.

E-mail: reginarmonteiro@yahoo.com.br

RINALDO CONDE BUENO

Psicólogo (UFMG), Mestre (PUC-Minas) e Doutor (UFMG) em Psicologia. Supervisor Clínico-institucional, sócio-proprietário da Clínica Espaço Rizoma, ex-voluntário da rede de saúde mental de Trieste, Itália.

E-mail: rinaldocob@gmail.com

ROBERTA ECLEIDE DE OLIVEIRA GOMES KELLY

Psicóloga (PUC-Minas). Mestre em Psicologia (PUC-Campinas), Doutora em Psicologia Clínica (PUC-SP), Pós-doutora em Filosofia da Educação (USP).

Psicanalista, coordenadora do NEPE (Núcleo de Estudos em Psicanálise e Educação). Membro da ReBB – Rede de Estudos Bebê/Minas.

E-mail: eclidean@gmail.com

RODRIGO SILVA SIMAS

Psicólogo pela Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ), Especialista em Saúde Mental (IPUB/UFRJ) e Mestre em Saúde Pública (ENSP/FIOCRUZ). Atuou como supervisor clínico-institucional de Belo Horizonte entre junho de 2022 e junho de 2023.

E-mail: rodrigosisimaspsi@gmail.com

ROSALINA MARTINS TEIXEIRA

Psicóloga pela Universidade Federal de Minas Gerais. Especialista em Saúde Mental pela Escola de Saúde Pública do Estado de Minas Gerais. Supervisora Clínica Institucional de Belo Horizonte. Possui 30 anos de experiência na RAPS/BH/MG. Idealizadora do Projeto Arte da Saúde. Militante da Luta Antimanicomial.

E-mail: rosalinamt1904@gmail.com

SERAFIM BARBOSA SANTOS FILHO

Médico sanitarista. Mestre em Saúde Pública e Epidemiologia/UFMG, Assessor/apoiador da Rede de Saúde Mental SUS/BH.

E-mail: serafimsantosfilho@gmail.com

SORAIA MONTEIRO LIMA

Enfermeira pela Universidade Federal de Minas Gerais. Pós-graduada em Saúde Pública pela Universidade Federal de Minas Gerais. Gerente do Centro de Convivência Rosimeire Silva – Regional Norte da RAPS-BH. Há 25 anos atuando na assistência e na defesa do SUS e da luta antimanicomial.

E-mail: soraia.lima@pbh.gov.br

SUZANA DE ALMEIDA GONTIJO

Terapeuta Ocupacional pela Universidade Federal de Minas Gerais. Especialista em Políticas de Saúde Mental e Atenção Psicossocial pela Escola de Saúde Pública do Estado de Minas Gerais. Trabalhadora da Rede de Atenção Psicossocial de Ouro Preto - MG.

E-mail: suzanagontijo@yahoo.com.br

TATÁ SANTANA

Diretor musical, compositor de trilhas sonoras para o teatro. Ator, preparador vocal e arte-educador. Bacharel em Interpretação Teatral pela Universidade Federal de Minas Gerais. É integrante do Grupo Oriundo de Teatro e arte-educador na área da saúde mental em Belo Horizonte.

E-mail: tataoriundo@gmail.com

TULÍOLA ALMEIDA DE SOUZA LIMA

Psicóloga e Mestre em Psicologia (UFMG), Especialista em Saúde Mental (ESP-MG), Doutora em Psicologia (PUC-Minas). Atuou como supervisora clínico-institucional em Belo Horizonte entre junho de 2022 e junho de 2023. Escritora e artista de dança. Militante antimanicomial.

E-mail: tuliolaa@gmail.com

VIVIANE MARIA DE SOUSA ASSUNÇÃO

Psicóloga pela Universidade Vale do Rio Doce. Especialista em Saúde Mental e Atenção Psicossocial pela Escola de Saúde Pública do Estado de Minas Gerais. Trabalhadora do Centro de Saúde de Gonzaga.

E-mail: vivi.assuncao2012@hotmail.com

YARA APARECIDA TEIXEIRA DIAS

Psicóloga pelo Centro Universitário Newton Paiva. Especialista em Psicologia, Educação e Sexualidade pela Universidade Vale do Rio Doce de Três Corações - MG. Enfermeira pela Universidade José do Rosário Vellano - MG. Especialista em Formação Pedagógica em Educação Profissional da Área da Saúde: Enfermagem pela Universidade Federal de Minas Gerais. Especialista em Políticas de Saúde Mental e Atenção Psicossocial pela Escola de Saúde Pública do Estado de Minas Gerais. Coordenadora do Centro de Atenção Psicossocial Infantojuvenil (CAPSi), em Varginha – MG.

E-mail: yaraapda@gmail.com

ISBN: 978-65-89122-25-8

CD



9 786589 122258



SAÚDE



**MINAS
GERAIS**

GOVERNO
DIFERENTE.
ESTADO
EFICIENTE.