

Organizadores

Carla Guanaes-Lorenzi
Cibele Cunha Lima da Motta
Lucienne Martins Borges
Magda do Canto Zurba
Marcelo Dalla Vecchia

Psicologia Social e Saúde: da dimensão cultural à político-institucional

Coleção
Práticas sociais, Políticas Públicas
e Direitos Humanos

Coordenação
Ana Lídia Campos Brizola
Andrea Vieira Zanella





ABRAPSO EDITORA

Coleção
Práticas Sociais, Políticas Públicas e Direitos Humanos

Coordenação
Ana Lídia Campos Brizola
Andrea Vieira Zanella

**Vol. 2. Psicologia Social e saúde: da dimensão cultural
à político-institucional**

Organização
Carla Guanaes-Lorenzi
Cibele Cunha Lima da Motta
Lucienne Martins Borges
Magda do Canto Zurba
Marcelo Dalla Vecchia



Florianópolis
2015

Catálogo na fonte pela Biblioteca Universitária
da
Universidade Federal de Santa Catarina

P974 Psicologia Social e Saúde [recurso eletrônico]: da dimensão cultural à político-institucional / organizadores Carla Guanaes...[et al.] ; coordenadores da coleção Ana Lídia Campos Brizola, Andrea Vieira Zanella. - Florianópolis : ABRAPSO Editora ; Edições do Bosque CFH/UFSC, 2015.
450 p.; tabs. - (Coleção Práticas Sociais, Políticas Públicas e Direitos Humanos; v. 2)

Inclui bibliografia.
ISBN: 978-85-96472-21-3

1. Psicologia social. 2. Saúde - Aspectos sociais. 3. Política pública. 4. Direitos humanos. I. Guanaes, Carla ...[et al.]. II. Série

CDU: 316.6

Diretoria Nacional da ABRAPSO 2014-2015

Presidente: Aluísio Ferreira de Lima

Primeiro Secretário: Marcelo Gustavo Aguilar Calegare

Segundo Secretário: Leandro Roberto Neves

Primeira Tesoureira: Deborah Christina Antunes

Segunda Tesoureira: Renata Monteiro Garcia

Suplente: Carlos Eduardo Ramos

Primeira Presidenta: Sílvia Tatiana Maurer Lane (gestão 1980-1983)

ABRAPSO Editora

Ana Lúcia Campos Brizola

Cleci Maraschin

Neuza Maria de Fatima Guareschi

Conselho Editorial

Ana Maria Jacó-Vilela – UERJ

Andrea Vieira Zanella - UFSC

Benedito Medrado-Dantas - UFPE

Conceição Nogueira – Universidade do Minho - Portugal

Francisco Portugal – UFRJ

Lupicínio Íñiguez-Rueda – UAB - Espanha

Maria Lúcia do Nascimento - UFF

Pedrinho Guareschi – UFRGS

Peter Spink – FGV

Edições do Bosque Gestão 2012-2016

Ana Lúcia Campos Brizola

Paulo Pinheiro Machado

Conselho Editorial

Arno Wehling - Universidade do Estado do Rio de Janeiro e UNIRIO

Edgardo Castro - Universidad Nacional de San Martín, Argentina

Fernando dos Santos Sampaio - UNIOESTE - PR

José Luis Alonso Santos - Universidad de Salamanca, España

Jose Murilo de Carvalho - Universidade Federal do Rio de Janeiro

Leonor Maria Cantera Espinosa - Universidad Autonoma de Barcelona, España

Marc Bessin - École des Hautes Études en Sciences Sociales, France

Marco Aurélio Máximo Prado - Universidade Federal de Minas Gerais

Sobre a ABRAPSO

A ABRAPSO é uma associação sem fins lucrativos, fundada durante a 32ª Reunião da SBPC, no Rio de Janeiro, em julho de 1980. Fruto de um posicionamento crítico na Psicologia Social, desde a sua criação, a ABRAPSO tem sido importante espaço para o intercâmbio entre estudantes de graduação e pós-graduação, profissionais, docentes e pesquisadores. Os Encontros Nacionais e Regionais da entidade têm atraído um número cada vez maior de profissionais da Psicologia e possibilitam visualizar os problemas sociais que a realidade brasileira tem apresentado à Psicologia Social. A revista *Psicologia & Sociedade* é o veículo de divulgação científica da entidade.

<http://www.abrapso.org.br/>

Sobre as Edições do Bosque

As *Edições do Bosque* tem como foco a publicação de obras originais e inéditas que tenham impacto no mundo acadêmico e interlocução com a sociedade. Compõe-se de um conjunto de Coleções Especiais acessíveis no repositório da Universidade Federal de Santa Catarina. A tônica da Editoria é aproximar os autores do público leitor, oferecendo publicação com agilidade e acesso universal e gratuito através dos meios digitais disponíveis. A Editoria do Bosque conta com a estrutura profissional e corpo científico do Núcleo de Publicações (NUPPE) do CFH/UFSC.

<http://nuppe.ufsc.br/>

Revisão: CCLI Consultoria linguística

Editoração: Spartaco Edições

Capa e Projeto gráfico: Spartaco Edições



Esta obra está licenciada sob uma [Licença Creative Commons](https://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/)

Sumário

Sobre a Coleção	1
Ana Lídia Campos Brizola e Andrea Vieira Zanella	
Apresentação	
Psicologia Social e Saúde: da dimensão cultural à político-institucional	3
Cibele Cunha Lima da Motta	
Dimensões psicossociais da migração no ciclo de vida familiar	10
Ana Paula Sesti Becker e Lucienne Martins Borges	
Mulheres em situação de refúgio: experiências de campo no Brasil e na França	24
Cécile Diniz Zozzoli	
Entre a “integração” e a “discriminação”: o caso dos imigrantes brasileiros na França	46
Gisele Maria Ribeiro de Almeida	
Subjetividade e migração: uma abordagem intercultural profunda a partir das migrações brasileiras	72
Sylvia Dantas	
A participação das associações de pacientes na construção do conhecimento sobre saúde	92
Camila Claudiano Quina Pereira, Mary Jane Paris Spink e Thiago Ribeiro de Freitas	
Desafios do cuidado em saúde mental na atenção básica	113
Luciana Nogueira Fioroni e Fernanda Rebouças Maia Costa	

Participação de usuários na produção de cuidado em saúde mental	141	O acompanhamento terapêutico como dispositivo clínico-político de atenção à adolescência na saúde mental	343
Carolina Seibel Chassot e Rosane Azevedo Neves da Silva		Lorena Pinheiro Rocha e Analice de Lima Palombini	
Serviços substitutivos e hospitais psiquiátricos: discursos da população paraibana	160	Reabilitação: análise comparativa Brasil/Itália	362
Pedro de Oliveira Filho, Thelma Maria Grisi Velôso, Flavia Palmeira de Oliveira, Glória Rodrigues do Nascimento e Iara Cristine Rodrigues Leal Lima		Maria Stella Brandão Goulart e Bruna Zani	
Reflexões sobre uma clínica estratificada em saúde mental: o caso da atenção básica	186	O espaço residencial e a construção da autonomia: os grupos apartamentos de <i>Bologna</i> (Itália)	385
Raquel Valiente Frosi e Charles Dalcanale Tesser		Maria Stella Brandão Goulart, Áquila Bruno Miranda, Bruna Zani, Marina Passos Pereira Campos e Hernani Luís Chevreux Oliveira Coelho Dias	
Atenção básica e cuidado em saúde mental no território: um desafio para a Reforma Psiquiátrica	209	O conceito de autonomia e seus usos possíveis na saúde mental	398
Elisa Zaneratto Rosa		Marciana Zambillo e Analice de Lima Palombini	
A vida por uma aliança ou uma aliança pela vida?	237	Saúde, trabalho e integralidade no âmbito do SUS: cartografia e apoio institucional	424
Filippe de Mello Lopes e Marcelo Dalla Vecchia		Fabio Hebert da Silva, Roseni Pinheiro, Ruani de Oliveira Machado, Patrícia Henrique de Souza Durans, Betânia Belan da Silva, Renata Silva Alves, Jessyka Custódio da Silva Nobre, Matheus Neto Peixoto, Aline Monteiro de Almeida e Tairine Corrêa de Mendonça	
Enfrentamento ao Crack: contradições e implicações sociais e econômicas de um programa governamental	255		
Oswaldo Gradella Júnior e Jéssica Bispo Batista			
Do hospital psiquiátrico para a cidade: itinerários e experiências de sujeitos nos processos de desinstitucionalização	272	Sobre os autores, organizadores e coordenadoras	440
Ana Paula Müller de Andrade e Sônia Weidner Maluf			
Dispositivos de liberdade? Relações entre medicalização, saúde mental e atenção básica no Brasil	295		
Carlos Alberto Severo Garcia Junior, Felipe Augusto Tonial e Magda do Canto Zurba			
Reabilitação psicossocial: uma perspectiva clínica	317		
Júlia Coutinho Nunes Castilho e Maria Stella Brandão Goulart			

A coleção

Práticas Sociais, Políticas Públicas e Direitos Humanos reúne trabalhos oriundos do XVII Encontro Nacional da Associação Brasileira de Psicologia Social - ABRAPSO, realizado na Universidade Federal de Santa Catarina em outubro de 2013. Comemorando 30 anos, ao realizar esse evento que aliou ensino, pesquisa e atuação profissional em Psicologia Social implicada com o debate atual sobre problemas sociais e políticos do nosso país e sobre o cotidiano da nossa sociedade, a ABRAPSO reafirmou sua resistência política à cristalização das instituições humanas.

A ABRAPSO nasceu comprometida com processos de democratização do país, a partir de uma análise crítica sobre a produção de conhecimento e atuação profissional em Psicologia Social e áreas afins. O horizonte de seus afiliados é a construção de uma sociedade fundamentada em princípios de justiça social e de solidariedade, comprometida com a ampliação da democracia, a luta por direitos e o acolhimento à diferença. Nossas pesquisas e ações profissionais visam a crítica à produção e reprodução de desigualdades, sejam elas econômica, racial, étnica, de gênero, por orientação sexual, por localização geográfica ou qualquer outro aspecto que sirva para oprimir indivíduos e grupos. Os princípios que orientam as práticas sociais dos afiliados à ABRAPSO são, portanto, o respeito à vida e à diversidade, o acolhimento à liberdade de expressão democrática, bem como o repúdio a toda e qualquer forma de violência e discriminação. A ABRAPSO, como parte da sociedade civil, tem buscado contribuir para que possamos de fato avançar na explicitação e resolução de violências de diversas ordens que atentam contra a dignidade das pessoas.

Os Encontros Nacionais de Psicologia Social promovidos pela ABRAPSO consistem em uma das estratégias para esse fim. Foi um dos primeiros eventos nacionais realizados na área de Psicologia (em 1980) e se caracteriza atualmente como o 3º maior encontro brasileiro de Psicologia, em número de participantes: nos últimos encontros congregou em média 3.000 participantes e viabilizou a apresentação de mais de 1.500 trabalhos.

O XVII Encontro Nacional da Associação Brasileira de Psicologia Social foi concebido a partir da compreensão de que convivemos com violências de diversas ordens, com o aviltamento de direitos humanos e o recrudescimento de práticas de sujeição. Ao mesmo tempo, assistimos à presença cada vez maior de psicólogos(as) atuando junto a políticas de governo. Ter como foco do Encontro Nacional da ABRAPSO a temática **Práticas Sociais, Políticas Públicas e Direitos Humanos** possibilitou o debate desses acontecimentos e práticas, das lógicas privatistas e individualizantes que geralmente os caracterizam e os processos de subjetivação daí decorrentes. Ao mesmo tempo, oportunizou dar visibilidade às práticas de resistência que instituem fissuras nesse cenário e contribuem para a reinvenção do político.

Neste XVII Encontro, além da conferência de abertura, simpósios, minicursos, oficinas e diversas atividades culturais, foram realizados 39 Grupos de Trabalho, todos coordenados por pesquisadores/doutores de diferentes instituições e estados brasileiros. Estes coordenadores selecionaram até cinco trabalhos, entre os apresentados em seus GTs, para compor a presente coletânea e responsabilizaram-se pelo processo editorial que envolveu desde o convite para apresentação dos trabalhos completos, avaliação por pares, decisões editoriais e documentação pertinente. Como resultado, chegou-se à seleção dos textos finais. Organizados, então, por afinidades temáticas, passaram a compor os oito volumes desta Coleção. Para introduzir as edições temáticas, foram convidados pesquisadores que estiveram envolvidos na coordenação de GTs e organização do evento, com reconhecida produção acadêmica nas temáticas afins.

Agradecemos a todos os envolvidos neste projeto de divulgação dos trabalhos completos dos participantes do XVII Encontro Nacional da ABRAPSO: trata-se de um esforço conjunto não apenas para a divulgação das experiências e do conhecimento que vem sendo produzido na Psicologia Social brasileira, em particular no âmbito da ABRAPSO, mas para a amplificação do debate e provocação de ideias e ações transformadoras da realidade social em que vivemos e da qual ativamente participamos.

Ana Lídia Brizola

Andréa Vieira Zanella

Apresentação

Psicologia Social e Saúde: da dimensão cultural à político-institucional

Cibele Cunha Lima da Motta

O diálogo entre a Psicologia Social e a Saúde proposto nesta publicação evidencia a diversidade dessa relação, ao abordar temáticas de ordem cultural, político-institucional e clínica, refletindo a complexidade do campo da Saúde. Para Rey (2004), a saúde é um elemento central da sociedade e representa um aspecto constitutivo do tecido social. Conforme o autor, a expressão simbólica da temática da saúde se relaciona com os discursos e com as práticas dominantes, consistindo um cenário privilegiado para se construir a Psicologia Social.

Nesse panorama, o Sistema Único de Saúde (SUS) simboliza uma das principais expressões dessa interface, uma vez que, atualmente, a Rede de Saúde é o maior empregador dos psicólogos (Almeida Filho, 2009). À medida que o SUS se amplia e avança rumo ao desenvolvimento de políticas públicas que buscam responder aos princípios de universalidade, equidade e integralidade da atenção à saúde, que sustentam sua criação, uma nova área de atuação se descerrou para os psicólogos. Uma área na qual as práticas de intervenção tradicionais, baseadas no atendimento clínico individual, não responderam às novas demandas criadas por modelos de intervenção organizados em estratégias de trabalho que privilegiam equipes interdisciplinares. Nessa perspectiva, o modelo de intervenção propõe um olhar sobre a singularidade de forma contextualizada, considerando as demandas comunitárias nas diferentes esferas sociais.

Historicamente, a participação no movimento da reforma psiquiátrica e a colaboração para a construção dos dispositivos substitutivos ao modelo asilar, como o Centro de Atenção Psicossocial (CAPS), constituíram marco inicial da inserção dos psicólogos no SUS. Posteriormente, a inclusão do atendimento à saúde mental na “Atenção Básica” define a ampliação da participação dos psicólogos, por meio das equipes de matriciamento e das de Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF). A partir dessas circunstâncias, considere-se ainda que a Política Nacional de Humanização (PNH), desenhada por meio dos conceitos de acolhimento e clínica ampliada e compartilhada, contribuiu, conforme apontam Camargo-Borges e Cardoso (2005), para a revisão das práticas profissionais com o intuito de responder às novas demandas geradas pelas propostas institucionais de atenção à saúde.

Esse movimento de revisão das práticas colaborou para o processo de avaliação da formação dos psicólogos, que ocasionou mudanças nos currículos dos cursos de Psicologia em território nacional. Tal medida objetivou formar um profissional mais bem habilitado, apto a intervir em consonância com políticas de atenção à saúde do SUS (Almeida Filho, 2009). Essa mudança curricular consolida a perspectiva social no campo da Saúde na medida em que proporciona uma formação que promove o diálogo com o campo social e político no exercício profissional (Spink, 2010a).

Em tal conjuntura, a contribuição da Psicologia Social para a Saúde encontra, na matriz teórica, os principais pontos de convergência com as políticas públicas que constituem essa área. Para esclarecer essa relação, retomo Spink (2010b), que compreende a Psicologia Social da Saúde como área ampliada de atuação do psicólogo, sustentada em dois aspectos fundamentais ainda atuais: a questão contextual e a alteridade. Para Spink (2010b), o psicólogo deve se inserir na instituição a partir do que ela denomina de *expansão do referencial contextual*. Essa premissa demanda compreensão dos aspectos históricos e reconhecimento dos atores e das forças sociais que interagem na instituição e afetam os processos de intervenção em saúde.

A questão da alteridade trazida por Spink (2010b) pode ser considerada *continuum* do processo de contextualização, uma vez que sugere a ampliação do referencial teórico do psicólogo/profissional de saúde, a fim de exercitar o reconhecimento da “perspectiva do outro”, definido

culturalmente como diferente do “eu” (p. 134). Para Carmargo-Borges e Cardoso (2005), as intervenções a partir dessa perspectiva consideram a interface da cultura e a do social na construção da identidade dos atores sociais. Essa percepção de construção da identidade de forma distinta em cada um possibilita reconhecer a alteridade e lidar com o diverso. Ao considerar essa compreensão, Spink (2010b) convida o psicólogo a adotar postura de alteridade frente aos demais profissionais de saúde, para (re) conhecer o saber do outro e as suas fronteiras, assim como o saber da Psicologia no contexto de intervenção. Para a autora, uma postura de alteridade no contexto institucional, seja nos processos de intervenção, seja nas estratégias de trabalho, consistem em contínuo jogo de construção e desconstrução de representações que se traduz em uma via para o trabalho nas instituições de saúde.

Tanto o aspecto contextual quanto o da alteridade se conjugam com um expressivo legado da Psicologia Social para Saúde que é a atuação centrada no coletivo. Esse compromisso busca garantir os direitos sociais e de cidadania de todos os atores envolvidos na instituição. A marca da coletividade, em conjunto com os aspectos contextuais e de alteridade, vai ao encontro das estratégias de trabalho do SUS, compondo um campo em que as práticas de intervenção e a produção de conhecimento são coconstruídas a partir das experiências baseadas em estratégias de trabalho e vivências sociais. Nesse sentido, a Psicologia Social encontra na Saúde espaço de diálogo intenso e prolífico, pois se configura como área de saber que integra o desenvolvimento de políticas públicas, ações e pesquisa, possibilitando favorecer o desenvolvimento do SUS e o das instituições afins.

Se o processo de institucionalização promovido pelo SUS foi decisivo para a construção da área da Psicologia Social e Saúde, ele não esgota sua amplitude teórica e seus instrumentos ou modelos de intervenção. A pluralidade de temas na área abrange outras discussões inseridas em instituições de interface, como o Sistema Único de Assistência Social (SUAS), além de debates teóricos como a perspectiva clínica. A partir desse panorama, este livro apresenta um leque de temas que evidencia essa diversidade. Resultado do XVII Encontro Nacional da ABRAPSO, que apresentou a temática da Saúde como um dos eixos norteadores do evento, a obra é composta por trabalhos apresentados em cinco Grupos de Trabalho: Migrações, Processos Psicológicos e Saúde Mental; Cuidado em Saúde e

Construção da Participação; Políticas Públicas de Saúde Mental e Atenção Básica; Saúde Clínica e Saúde Mental. Os artigos aqui publicados se caracterizam por reflexões e relatos de pesquisa ou intervenções que abordam temas em saúde a partir de perspectiva social.

O GT Migrações¹, Processos Psicológicos e Saúde Mental trata de uma realidade crescente no país e uma temática relevante no ambiente acadêmico. O intenso movimento migratório, marcado pelo aumento de 66%² de imigrantes estrangeiros no país, de acordo com dados do IBGE, evidencia que o Brasil se tornou destino procurado na rota da migração internacional. O quadro dos processos migratórios é ainda mais complexo, quando se consideram o retorno dos brasileiros ao país e o recebimento anual de haitianos. O impacto do processo migratório atinge “as mais variadas dimensões da pessoa migrante, que mergulha em um novo contexto cultural. As mudanças que ocorrem, de natureza psicológica, social, política e cultural, costumam gerar estranhamento, podendo levar a um estado de vulnerabilidade psíquica”³. Esse estado de vulnerabilidade e outros processos psíquicos, que repercutem o estado de saúde do migrante, relacionam-se com a temática da Psicologia Social e Saúde na medida em que essa se ocupa do sofrimento psíquico vivenciado pelo imigrante.

Nessa direção, a proposta do GT Migrações, Processos Psicológicos e Saúde Mental foi

compartilhar práticas e saberes que contribuam para a garantia dos direitos de grupos de imigrantes e de refugiados, oriundos das mais diversas regiões do mundo, para que tenham acesso à plena cidadania: à saúde, à justiça, à moradia, enfim, às condições dignas de existência.⁴

O GT Migrações, Processos Psicológicos e Saúde Mental se propôs discutir questões relacionadas com a “adaptação, a integração e a aculturação, assim como as modalidades de intervenção psicológica e psicossocial que melhor respondam às necessidades dessa população”. A partir dessa premissa, os cinco trabalhos selecionados abordaram a temática da

¹ A proposta do GT foi elaborada por Lucienne Martins Borges (Universidade Federal de Santa Catarina), Sílvia Duarte Dantas (Universidade Federal de São Paulo) e Jean-Bernard Pocreau (Université Laval, Faculté des Sciences Sociales, École de Psychologie, Québec, Canada).

² Dado apresentado na proposta do GT disponível no sítio do evento: http://www.encontro2013.abrapso.org.br/conteudo/view?ID_CONTEUDO=726

³ Citação retirada da proposta de GT, disponível no sítio do evento.

⁴ Citação retirada da proposta do GT, disponível no sítio do evento.

experiência da migração tanto da perspectiva dos brasileiros em países estrangeiros quanto da dos estrangeiros no Brasil.

O GT Cuidado em Saúde e Construção da Participação⁵ almeja avançar na discussão sobre os cuidados em saúde por uma via distinta da crítica ao modelo biomédico, porque propõe discussão que convida os atores envolvidos nos processos de cuidado em saúde a construir em conjunto alternativas de ação. Nesse sentido, a proposta de cuidado em saúde, conforme o apresentado no GT, pode ser entendida como

processo fundamentalmente relacional, marcado por diferentes formas de interação consigo próprio e com o outro. Em uma perspectiva ética, ele é compreendido como uma postura e uma disposição de indivíduos e coletivos, envolvendo desde a promoção de saúde até a reabilitação, em uma perspectiva abrangente e integral de saúde.⁶

Ao apresentar como perspectiva teórica o construcionismo social, tanto para a produção de conhecimento como para a construção das práticas psicológicas, a proposta desse GT pretendeu “promover discussões que analisem as práticas e saberes que contribuem para a consolidação da saúde como direito, refletindo sobre as possibilidades de atuação da Psicologia na construção de um Sistema Único de Saúde universal, equitativo, e de atenção integral”⁷. A partir desse objetivo, os quatro trabalhos selecionados evidenciam o potencial transformador da participação social no cuidado em saúde, especialmente na área da saúde mental, temática de três trabalhos apresentados, representantes de construção histórica do cuidado em saúde mental.

O GT Políticas Públicas de Saúde Mental e Atenção Básica⁸ abordou a relação entre as políticas públicas e a articulação da rede de serviços de saúde mental, com foco nas equipes de Estratégias da Saúde da Família (ESF) no contexto da Atenção Básica, ponto de atenção em saúde que se configura como a mais importante porta de entrada no atendimento à de-

⁵ A proposta desse GT foi elaborada por Emerson Fernando Rasera (Universidade Federal de Uberlândia), Cintia Bragheto Ferreira (Universidade Federal de Goiás) e Carla Guanaes Lorenzi (Universidade de São Paulo – Ribeirão Preto).

⁶ Citação retirada da proposta de GT, disponível no sítio do evento.

⁷ Citação retirada da proposta de GT, disponível no sítio do evento.

⁸ A proposta desse GT foi elaborada por Osvaldo Gradella Júnior (Universidade Estadual Paulista Júlio de Mesquita Filho), Nilson Berencheim Netto (Universidade Federal dos Vales do Jequitinhonha e Mucuri) e Marcelo Dalla Vecchia (Universidade Federal de São João DelRei).

manda em saúde mental, em função da proximidade com a comunidade e as famílias, propiciando o atendimento da demanda.

O processo de desinstitucionalização da saúde mental e a sua inserção na Atenção Básica por meio das equipes de ESF demandaram o desenvolvimento de políticas que possibilitassem a articulação entre essas duas instâncias. O atendimento em rede, a intersectorialidade, as equipes interdisciplinares, a promoção de cidadania dos usuários, a reabilitação psicossocial, a construção da autonomia dos usuários e dos familiares são os principais eixos a partir dos quais o atendimento baseado nessa articulação se desenvolve.

Assim, a proposta desse GT foi reunir trabalhos que abordassem pesquisas, práticas e reflexões teóricas que tinham como temática “as relações das políticas públicas de saúde e saúde mental e sua articulação com a rede de serviços de saúde mental, a atenção básica e a estratégia de saúde da família”⁹. Dos cinco trabalhos selecionados sobre esse tema, dois abordam o atendimento à saúde mental no contexto da Atenção Básica. Os outros discutem a reforma psiquiátrica e o atendimento ao usuário de álcool e drogas.

Criados posteriormente para acolher o grande número de inscrições no GT Políticas Públicas de Saúde Mental e Atenção Básica, os GTs Saúde Mental e Saúde Clínica avançam na discussão sobre a atenção à saúde mental, tanto na perspectiva teórica como na das práticas profissionais. O GT Saúde Mental pode ser compreendido como proposta de continuidade do GT anterior, uma vez que os trabalhos selecionados evidenciam a ampliação da temática proposta. Os cinco artigos selecionados focam os dispositivos da residência terapêutica e o acompanhamento terapêutico, além de refletirem sobre os processos de reabilitação e medicalização do atendimento à saúde mental.

Já o GT Saúde Clínica acolheu trabalhos que buscaram discutir novas perspectivas e práticas clínicas no âmbito institucional, considerando as estratégias de trabalho e os processos de educação permanente, bem como os de intervenção propriamente ditos. Essa proposta foi representada por dois artigos. Um deles discute o conceito de autonomia, para possibilitar a elaboração de novos modelos de atenção em saúde mental. O segundo apresenta um processo de pesquisa acerca do apoio

⁹ Citação retirada da proposta do GT, disponível no sítio do evento.

institucional como relevante ferramenta de intervenção clínica na busca da atenção integral ao usuário de saúde.

Os vinte capítulos que compõem esta publicação representam o crescimento e o movimento de mudança que a área da Psicologia Social e Saúde vivenciou com o processo de institucionalização das práticas profissionais promovido pelo SUS e seus dispositivos institucionais. O aspecto contextual e a alteridade apresentados por Spink como pontos fundamentais para o desenvolvimento das práticas em instituições de saúde perpassam a produção do conhecimento apresentado nesta publicação, evidenciando a marca da coletividade da perspectiva social para o campo da saúde. Em um movimento recursivo, o SUS e a Psicologia Social da Saúde se coconstroem por meio de práticas profissionais que buscam avançar no atendimento à saúde de forma integral.

A diversidade das temáticas apresentadas convida o leitor à apreciação das diferentes dimensões que compõem o espectro da Psicologia Social da Saúde: a cultural, retratada pela busca do melhor acolhimento da diferença cultural representada na figura do e/imigrante; a política e institucional, a fim de discutir o avanço de políticas que visem à melhor atenção em saúde; e a clínica, que pretende discutir os modelos de intervenção que possibilitem melhor atenção à saúde mental.

Referências

- Almeida-Filho, N. (2011). Ensino superior e os serviços de saúde no Brasil. *Lancet*, 377(9781), 1898-1900.
- Camargo-Borges, C. & Cardoso, C. L. (2005). A psicologia e a estratégia saúde da família: compondo saberes e fazeres. *Psicologia & Sociedade*, 17(2), 26-32.
- Rey, F. G. (2004). Psicologia Social e Saúde. In M. D. F. S. Silva & C. A. B. Aquino (Orgs.), *Psicologia social: desdobramento e aplicações* (pp. 115-135). São Paulo: Escrituras.
- Spink, M. J. P. (2010a). Psicologia Social e Saúde: trabalhando com a complexidade. *Quaderns de Psicologia - International Journal of Psychology*, 12(1), 41-56.
- Spink, M. J. P. (2010b). *Psicologia Social e Saúde: práticas, saberes e sentidos*. Petrópolis, RJ: Vozes.

Dimensões psicossociais da migração no ciclo de vida familiar

Ana Paula Sesti Becker

Lucienne Martins Borges

Introdução

Com a crescente mobilidade social do cenário contemporâneo, torna-se um desafio a integração da realidade migratória baseada numa perspectiva abrangente e multifacetada do fenômeno, uma vez que se discutem as dimensões não somente territoriais, mas existenciais implicadas no processo. Isto porque o fenômeno migratório não acarreta somente um deslocamento geográfico, mas também a experiência de passar a conviver com diferentes culturas e formas de compreender o mundo (Martins-Borges, 2013; Sarriera, Pizzinato, & Meneses, 2005; Marandola & Dal Gallo, 2010). Em termos ontológicos, pode haver um contraste no modo de o migrante perceber e lidar com a realidade, desencadeando um estado de vulnerabilidade psíquica, tendo em vista o rompimento dos laços afetivos e as referências socioculturais de origem.

No tocante aos diferentes modos de migração, eles podem se caracterizar por migrações voluntárias e involuntárias. A primeira denota-se como um fator planejado, uma vez que comporta um projeto de vida em que pessoas, por diversas razões, deixam seu país de origem e se mudam para outra nação permeada por diferentes contextos sociopolíticos e culturais. Por outro lado, as migrações involuntárias caracterizam-se pela migração de indivíduos que vivenciaram situações traumáticas, tais como: guerra, genocídio, perseguição política, catástrofes naturais, entre outros, cujos familiares e eles mesmos encontraram-se em perigo. Observa-se, ainda, que muitos migrantes partem sem seus documentos e alguns, sem destino. Tais vivências podem provocar impactos significativos de ordem psicológica (Martins-Borges, 2013; Prado, 2006).

As diversas formas de mobilidade humana engendram repercussões contundentes no panorama econômico e social e na experiência de vida dos migrantes. Isto justifica o que Rodrigues, Strey e Pereira (2007) refletem ao mencionar que emigrar fisicamente não significa dizer que tenha emigrado emocionalmente, pois ultrapassar as fronteiras geográficas não se constitui na tarefa primordial da migração, mas sim em transpor as barreiras sociais, econômicas, culturais e linguísticas.

Considerando-se tais aspectos, a Psicologia Intercultural permite estabelecer um olhar integrativo das dimensões psicossociais, compreendendo o desenvolvimento humano com base numa relação dialética entre o sujeito e os contextos socioculturais estabelecidos (Berry, Poortinga, Segall, & Dasen, 1992; Dantas, 2012). Visa, portanto, contribuir para a ampliação dos diversos olhares que permeiam os fenômenos migratórios por descrever e compreender a influência dos fatores culturais no desenvolvimento, nos comportamentos e no sofrimento psíquico dos migrantes (Sarriera et al., 2005).

Com base nesse vislumbre, aponta-se como foco de intervenções e estudos na área a investigação da adaptação psicológica dos indivíduos e grupos quando mudam de país (Muhlen, Dewes, & Leite, 2010; Sarriera et al., 2005). Tal demanda permite atentar para os processos de aculturação que Berry (2004) designa como processo de mudança que decorre do contato contínuo com outra cultura. Não obstante, é fundamental destacar as relações que se estabelecem quanto às construções identitárias de cunho nacional e étnica dos indivíduos (Dantas, Ueno, Leifert, & Suguiura, 2010). Salienta-se, ainda, a verificação quanto às redes sociais que os migrantes dispõem quando chegam a um novo contexto sociocultural (Sluzki, 1997, 2003) e quanto às dimensões estabelecidas da imigração no ciclo de vida familiar destes (Queiroz, 2008; Veneziano & Souza, 2013¹).

Torna-se oportuno destacar o conceito de família. Para tanto, embasando-se no pensamento Sistêmico, entende-se a família como um sistema social e dinâmico em que cada membro tem funções e papéis específicos (Dessen & Braz, 2005). Por conseguinte, ela influencia o contexto no qual está inserida, ao mesmo tempo em que é por ele influenciada.

¹ Veneziano, P. S. & Souza, R. M. (2013). Filhos da globalização: A vivência dos filhos que acompanharam os pais em designações internacionais [Trabalho Completo]. In *Anais de Congresso de Relacionamento Interpessoal*, Universidade Federal do Espírito Santo, Vitória, ES.

da, permeando o movimento histórico dos processos migratórios. Assim, não somente no âmbito singular dos sujeitos, mas na dimensão grupal e, desse modo, no universo relacional da família, há diversos fenômenos implicados no processo de adaptação a um novo contexto sociocultural que pode ressoar impactos significativos nas redes sociais e no ciclo vital familiar.

Conforme Cerveny (2002), o desenvolvimento da família perpassa o ciclo vital de seus membros, constituído por um conjunto de estágios sucessivos no processo de vida do ser humano. Desse modo, cada estágio possui tarefas específicas a serem cumpridas tanto pelo indivíduo quanto pelo seu respectivo sistema familiar, desencadeando um processo de transição para uma etapa posterior à do ciclo. Tais transições são consideradas normativas quando são previsíveis e não normativas, quando não esperadas; quanto ao último aspecto, pode-se contemplar a migração (Carter & McGoldrick, 1995).

Diante do exposto, a construção que se faz a seguir tem como objetivo analisar a produção científica nacional e internacional que abarca a relação entre o fenômeno migratório e as relações familiares. Cabe salientar que o fenômeno migratório pode ser dividido entre migrações internas e internacionais. Neste estudo foram revisadas pesquisas que contemplassem a migração de famílias quando estas transpõem os limites da federação.

Método

O levantamento de dados baseou-se em buscas efetuadas em plataformas de pesquisa nacionais e internacionais. Os campos utilizados nacionalmente foram a Biblioteca Virtual em Saúde – Psicologia Brasil (BVS-PSI), Lilacs, Scielo Brasil e Coordenação de aperfeiçoamento de pessoal de nível superior (CAPES), de acesso livre. A base de dados internacional consultada foi a interface EBSCO – HOST, de acesso restrito, sendo selecionada a base de dados Academic Search Complete. A revisão de literatura contemplou as seguintes fases: (a) Levantamento da produção científica em banco de dados; (b) Leitura dos resumos e seleção dos artigos referentes ao objetivo deste estudo; (c) Leitura do material obtido; (d) Definição das categorias de análise; e, por fim, (e) Análise e articulação dos resultados obtidos nos trabalhos avaliados.

Consultaram-se, na seção de terminologia em Psicologia da BVS-Psi, possíveis descritores para o estudo teórico, de modo que as estratégias de busca delineadas foram: (a) imigração and família; (b) Immigration and Family e (c) Inmigración y Familia. Foram consideradas, portanto, as versões entre os achados no idioma Português, Inglês e Espanhol.

O período de publicação dos documentos foi selecionado entre os anos de 1980 e 2013. Os estudos adotados para a análise contemplaram artigos científicos, teses e dissertações em nível nacional e internacional. Como critérios exclusivos para as buscas, listaram-se: trabalhos duplicados (que emergiram em mais de um banco de dados, bem como os repetidos no mesmo banco) ou estudos que não abarcavam diretamente o tema proposto, a saber: estudos de saúde mental e aculturação que dimensionavam apenas a perspectiva do indivíduo e não focavam o sistema familiar ou, ainda, relatos empíricos e históricos, que revelaram a descendência de famílias imigrantes, como nos idos da colonização brasileira. Foram excluídas, ainda, referências que não constaram do resumo.

Posteriormente, definiram-se categorias de análise metodológicas, a fim de analisar cada obra: enfoque do estudo, tipo do estudo (longitudinal/transversal); método (experimentação, levantamento de dados e combinação entre dois ou mais métodos); técnicas utilizadas (entrevistas, observações, questionários); análise de dados (quantitativa/qualitativa/multimétodo); características sociodemográficas do estudo (participantes e faixa etária dos mesmos); periódicos e ano de publicação dos artigos. Por fim, estabeleceram-se categorias semânticas baseadas nos resultados que mais emergiram conforme as temáticas encontradas.

Resultados e discussões

Dos 24 estudos selecionados, 21 foram publicados a partir do ano 2000, enquanto apenas um teve publicação no início da década de 1980 e, posteriormente, dois no final da década de 1990. Aponta-se que um dos trabalhos pesquisados identifica-se como obra de Dissertação, de modo que não constou na análise realizada acerca dos periódicos consultados.

Em relação aos periódicos, cujas obras foram publicadas, constatou-se que a revista *Journal of Ethnic and Migration Studies* obteve maior

número de publicações dentre as demais consultadas, obtendo cinco artigos entre os anos de 2007 e 2011. Em sequência, apontam-se os periódicos *Journal of Youth Adolescence*, *Family Process* e *Horizontes Antropológicos*, com duas publicações entre os anos de 2000 e 2012. Os demais estudos distribuíram-se igualmente em outros 12 periódicos: *Revista Latinoamericana de Ciencias Sociales*, *Niñez y Juventud*, *Literacy*, *Migraciones Internacionales*, *Cultura Del Cuidado Enfermería*, *Journal of Adolescence*, *Pensando Famílias*, *Estudos de Psicologia*, *Columbia University School of Social Work*, *Social & Cultural Geography*, *Revista Brasileira de História*, *Sociologias: Problemas e práticas* e *Acta Med. Col.*, sendo uma publicação por periódico. Observa-se, entre as revistas citadas, que somente duas coadunam-se à área da Psicologia, enquanto que dez compreendem o campo multidisciplinar das ciências humanas e da saúde. As demais compõem diferentes áreas do conhecimento, como: a Antropologia, História, Literatura e Sociologia.

Identificou-se, quanto ao quesito sociodemográfico, que, na maior parte dos estudos (12), os membros familiares pesquisados foram: a mãe, o pai e os filhos, ou seja, a família nuclear. Em seis pesquisas participaram jovens imigrantes e/ou que tiveram algum familiar emigrado. Apenas um estudo coletou dados com participantes homens e três estudos coletaram dados com participantes mulheres, sendo estas imigrantes. Restaram apenas duas omissões sobre este quesito, uma vez que um estudo tratava-se de um ensaio teórico, enquanto o outro não detalhou os participantes no resumo.

A faixa etária dos participantes dos estudos que privilegiaram a família variou entre 22 e 81 anos; todavia, em 11 estudos os autores não constaram a idade dos membros familiares entrevistados. A faixa etária dos jovens pesquisados variou entre 12 e 26 anos. Os estudos não mencionaram a idade dos homens pesquisados, já entre as mulheres pesquisadas, a idade variou entre 20 e 84 anos de idade. Esses resultados apresentam conformidade com os achados na revisão de literatura de Muhlen et al. (2010) acerca dos processos de estresse e aculturação em pessoas que mudam de país, pois parecem demonstrar que não há uma alusão precisa acerca dos sujeitos-alvos de pesquisa, desde que sejam pessoas que vivenciaram o processo migratório.

No que se refere aos aspectos metodológicos dos estudos analisados, a prevalência, quanto ao enfoque de estudo, ficou delimitada como

pesquisa-empírica, totalizando 14 pesquisas. Verificaram-se, ainda, três estudos com enfoque etnográfico, bem como outros nas seguintes delimitações: documental, ensaio teórico, relato de experiência e estudo de caso. Tal variedade parece explicar o foco multidisciplinar e a diversidade das áreas que compreendem o fenômeno em questão. Por conseguinte, constatou-se a inexistência de revisões bibliográficas acerca da relação entre o fenômeno migratório e as relações familiares. Frente a isto, pode-se refletir no que Echer (2001) propõe acerca da importância da elaboração de revisões de literatura. Segundo a autora, revisar o conteúdo existente em base de dados científicos possibilita o encontro de lacunas presentes e, assim, é possível avançar o conhecimento, com vistas à verificação das produções atuais e contribuições para intervenções propostas.

No que tange ao tipo de estudo, apontaram-se seis trabalhos com vertente longitudinal e em 18 estudos omitiu-se o esclarecimento de tal critério. Os estudos caracterizados como longitudinais analisaram o processo de aculturação das famílias e imigrantes em um novo contexto de vida. Conforme Garmezy (1983), os estudos longitudinais com curta duração possibilitam investigar os padrões positivos ou negativos de adaptação de acontecimentos de vida específicos.

A análise de dados foi qualitativa na maioria (14) dos trabalhos avaliados. A fim de apreender o significado e a interpretação tecidos em consequência dos fenômenos migratórios entre as famílias, especialmente quanto aos afetos inerentes à cultura de origem dos indivíduos e ao processo de adaptação na sociedade majoritária, justifica-se a maior ocorrência pela análise de dados qualitativos na revisão realizada. Contudo, também emergiram análises quantitativas, particularmente na comparação entre os fenômenos culturais e a aplicação de escalas que avaliaram o bem-estar subjetivo dos imigrantes.

Por conseguinte, verifica-se que a realização de estudos multimétodos para avaliar os fenômenos migratórios parecem adequados, dependendo do objetivo do estudo. De acordo com Sampieri, Collado e Lucio (2013), o método misto de pesquisa ou multimétodo possibilita uma perspectiva mais ampla e profunda do fenômeno. Torna-o mais holístico, integral e completo, apresentando como finalidade o enriquecimento e a variabilidade dos dados, além de dimensionar uma análise integrativa e sistemática entre os métodos quantitativos e qualitativos.

No item método, o levantamento de dados foi prevalente, seguido da combinação entre levantamento de dados e observação. A entrevista seguida dos questionários, da observação e das combinações entre entrevista/grupo focal, da entrevista/mapa de redes, entrevista/escala, do questionário/escala e da observação/entrevista foram as técnicas mais utilizadas. Enfatiza-se que dois estudos recorreram aos registros de dados para compor sua análise. Tais estudos apoiaram-se em registros escolares, certidão de casamento, batizado e óbito dos sujeitos-alvo da pesquisa.

As escalas utilizadas na análise dos estudos foram respectivamente: *Adolescent Family Process Measure (AFP)* (Vazsonyi et al., 2006); *Rosenberg's Self-Esteem Scale* (Rosenberg, 1965); *The Satisfaction with Life Scale* (Diener, Emmons, Larsen, & Griffin, 1985) e *The Social Support Network Scale for Adolescents* (adaptado por Antonucci & Israel, 1986). A primeira foi utilizada no estudo de Vazsonyi, Castill e Huang (2006), que tem por finalidade avaliar a proximidade parental, o suporte, o monitoramento, a comunicação e a aprovação dos colegas que os adolescentes indicavam possuir. Já as escalas subsequentes foram empregadas na pesquisa de Aksel, Giin, Irmak e Cengelci (2007) com o intuito de verificar a autossatisfação, o bem-estar subjetivo bem como a rede de apoio social ao adolescente.

Com base na leitura e na análise do conteúdo dos artigos, estes foram agrupados em categorias semânticas delineadas pelas temáticas prevalentes, a saber: (a) Adaptação familiar ao novo contexto cultural; (b) Ausência de familiares; (c) Juventude e imigração familiar; (d) Manutenção das tradições culturais e familiares de origem; e (e) Imigração e Projeto de vida familiar, conforme se pode melhor visualizar na tabela 1.

Em grande parte dos estudos conferidos na tabela 01, enfatizaram-se as dificuldades de adaptação das famílias migrantes e o processo de aculturação, assim como o afastamento entre membros familiares quando apenas um dos cônjuges emigra, deixando os filhos por diversos motivos, mas principalmente por melhores condições de vida e ascensão profissional. Todavia, não foi amplamente discutida nos trabalhos encontrados a definição dos papéis familiares originários do processo migratório, especialmente quando os pais emigram deixando os filhos sob os

cuidados de parentes ou pessoas próximas. Interessante constar que não foi encontrado, entre os estudos vivenciais, relato quanto ao processo de aculturação de retorno, bem como sobre a comum inversão dos papéis familiares entre pais e filhos, quando estes se mantêm na função de apresentar uma nova cultura aos pais, uma vez que, repetidas vezes, detêm maior facilidade com o novo idioma.

Tabela 1. Categorias semânticas

Tema	Autores	Principais achados
Adaptação familiar ao novo contexto cultural	<p>Sarriera, Pizzinato e Meneses, 2005; Machado, 1997 - Estudos Nacionais</p> <p>Hope, 2011; Waters, 2011; Ryan, Sales, Tilki, e Siara, 2009; Morrison e James, 2009; Engebrigtsen, 2007; Deepak, 2005 - Estudos internacionais</p>	<p>Dificuldades encontradas pelas famílias imigrantes:</p> <ul style="list-style-type: none"> * Diferentes papéis que são esperados pelos cônjuges e filhos na sociedade majoritária, em contraste com o contexto de origem. *Repercussões no relacionamento conjugal e educação dos filhos baseada na migração. *Saúde mental das famílias pesquisadas. *Redes de apoio das famílias. *Desenvolvimento infantil frente à migração.
Ausência de familiares	Soto (2012); Mercer (2012); Waters (2002); Ximena (2005).	<ul style="list-style-type: none"> *Conflitos comunicacionais no subsistema parental fundamentados no descontentamento dos filhos quanto ao processo decisório da emigração dos pais. *Luto, perda e sentimento de abandono como representação simbólica da ausência de familiares. *Falta de suporte emocional dos adolescentes que não emigraram bem como dos cônjuges que se mantiveram afastados.

Manutenção das tradições culturais e familiares de origem	Jardim, 2000; Lask, 2000; Freire, 1997.	Estratégias de se preservarem as tradições culturais e familiares com o contexto de origem dos emigrados: <ul style="list-style-type: none"> *Aprendizagem da língua materna. *Visitas à pátria. *Preservação dos costumes culturais e religiosos. *Transmissões intergeracionais mediante ritos e costumes familiares.
Juventude e imigração familiar	Vargas (2009); Quin (2008); Aksel et al. (2007).	Características peculiares à dinâmica familiar de adolescentes imigrantes: <ul style="list-style-type: none"> *Limitações na rede de apoio social dos jovens. *Baixa autoestima e autossatisfação dos jovens a partir da imigração. *Impacto no desempenho acadêmico. *Dependência dos pais para atividades cotidianas x anseio por “liberdade”.
Imigração e projeto de vida familiar	Puerta e Masdéu (2010); Ryan (2008); Estrada (1982).	Imigração como projeto de vida familiar alicerçada na idealização de melhorias na qualidade de vida: <ul style="list-style-type: none"> *Ascensão profissional. *Aspirações pessoais por parte dos imigrantes (casamento e constituição familiar). *Associam-se a estes estudos discussões em torno dos papéis de gênero nas migrações, bem como do processo de aculturação entre as famílias pesquisadas.

Pondera-se que apesar de muitos estudos terem abordado os processos de aculturação, particularmente apontando os desafios inerentes à condição dos sujeitos e aos conflitos desencadeados, seria sugestivo que

os pesquisadores verificassem as respostas de enfrentamento que as famílias ou sujeitos desenvolveram para lidar com as circunstâncias adversas que presenciaram no processo migratório. Outro apontamento pauta-se por considerar as redes de apoio, que os imigrantes mencionam ter, e mapear tais redes significativas que encontram em um novo contexto sociocultural, com vistas a obter-se uma visão mais ampla e coerente do processo.

Considerações finais

Este trabalho teve como finalidade apresentar uma análise da produção científica sobre a relação entre o processo migratório e o ciclo vital familiar. Desse modo, foi realizada uma análise sistemática quanto aos aspectos metodológicos encontrados nas obras consultadas, identificando as principais características e contribuições da literatura acerca da temática.

Ante a produção científica relacionada à temática deste estudo teórico, verificaram-se lacunas existentes, haja vista que os diversos resultados encontrados nas bases de dados privilegiam dimensões mais singulares do sujeito frente ao fenômeno migratório, como os processos de aculturação e de saúde mental dos mesmos. No entanto, cabe salientar que tal revisão pautou-se somente pela busca em três idiomas, o que não caracteriza de modo mais abrangente as demais publicações, especialmente em língua francesa, cujas produções sobre o tema da migração ocupam espaço relevante nos estudos internacionais. Por outro lado, é possível constatar o recente interesse pelas associações entre imigração e relações familiares, haja vista as produções que tiveram maiores publicações nos últimos 13 anos.

Outra questão delimitada é que se torna dificultoso visualizar o fenômeno migratório sem considerar os processos familiares inerentes aos sujeitos pesquisados e também sem atentar às redes significativas e sociais em que estão inseridos. No que isso se refere, propõe-se o incentivo de pesquisas que considerem tais aspectos, especialmente no panorama nacional e no campo psicológico, cujas produções parecem ser principiantes. São também os múltiplos cenários vigentes dos processos migratórios que aludem às práticas de intervenção no sentido de implementar ações

educativas de saúde e comunitárias destinadas às famílias estrangeiras no transcorrer de seu ciclo vital.

Referências

- Aksel, S., Giin, Z., Irmak, T. Y., & Cengelci, B. (2007). Migration and psychological status of adolescents in turkey. *Journal of Adolescence*, 42(167), 589-602.
- Antonucci, T. C. & Israel, B. A. (1986). Verticality of social support: A comparison of principal and network members' responses. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 54, 432-437.
- Berry, J. W. (2004). Migração, aculturação e adaptação. In S. D. DeBiaggi & G. J. Paiva (Orgs.), *Psicologia, e/imigração e cultura* (pp. 29-46). São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Berry, J. W., Poortinga, Y., Segal, M., & Dasen, P. (1992). *Cross-cultural Psychology: Research and Applications*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Carter, B. & McGoldrick, M. (1995). Etnicidade e o ciclo de vida familiar. In B. Carter & McGoldrick (Eds.), *As mudanças no ciclo de vida familiar: uma estrutura para a terapia familiar* (2ª ed., pp. 65-82). Porto Alegre: Artmed.
- Cervený, C. M. O. (2002). Pensando a família sistematicamente. In C. M. O. Cervený & Berthoud, C. M. E. (Cols.), *Visitando a família ao longo do ciclo vital* (pp. 17-27). São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Dantas, S. D., Ueno, L., Leifert, G., & Sugiura, M. (2010). Identidade, migrações e dimensões psicossociais. *Revista Internacional Mobilidade Humana*, 34, 45-60.
- Dantas, S. D. (2012). Saúde mental e interculturalidade: Implicações e novas proposições diante dos desafios em tempos de globalização. In S. D. Dantas (Org.), *Diálogos Interculturais: Reflexões Interdisciplinares e Intervenções Psicossociais* (pp. 109-160). São Paulo: Instituto de Estudos Avançados da Universidade de São Paulo.
- Deepak, A. C. (2005). Parenting and the Process of Migration: Possibilities Within South Asian Families. *Child welfare*, 84(5), 585-606.
- Dessen, M. A. & Braz, M. P. (2005). As relações maritais e sua influência nas relações parentais: implicações para o desenvolvimento da criança. In M. A. Dessen & A. L. Costa (Orgs.), *A ciência do desenvolvimento humano: tendências atuais e perspectivas futuras* (pp. 132-151). Porto Alegre: Artmed.
- Diener, E., Emmons, R., Larsen, J., & Griffin, S. (1985). The Satisfaction With Life Scale. *Journal of Personality Assessment*, 49, 71-75.
- Echer, I. C. (2001). A revisão de literatura e na construção do trabalho científico. *Revista Gaúcha de Enfermagem*, 22(2), 5-20.
- Engelbrigtson, A. I. (2007). Kinship, Gender and Adaptation Processes in Exile: The Case of Tamil and Somali Families in Norway. *Journal of Ethnic and Migration Studies*, 33(5), 727-746.
- Estrada, T. (1982). Migración Profesional Y Dislocación Familiar. *Acta Médica Colombiana*, 7(2), 51-59.
- Freire, J. (1997). Emigração e independência: o caso português no Quebec. *Sociologias: Problemas e práticas*, 23, 9-35.
- Garmezy, N. (1983). Stressors of Childhood. In N. Garmezy & M. Rutter (Eds.), *Stress, coping, and development in children* (pp. 43-84). New York: McGraw-Hill.
- Hope, J. (2011). New insights into family learning for refugees: bonding, bridging and building transcultural capital. *Literacy*, 45(2), 91-97.
- Jardim, D. F. (2000). Diásporas, viagens e alteridades: as experiências familiares dos palestinos no extremo-sul do Brasil. *Horizontes Antropológicos*, 6(14), 39-69.
- Lask, T. (2000). Imigração brasileira no Japão: O mito da volta e a preservação da identidade. *Horizontes Antropológicos*, 6(14), 71-92.
- Machado, C. S. (1997). A família e o impacto da imigração (Curitiba, 1854-1991). *Revista Brasileira de História*, 17(34), 75-100.
- Marandola, E. & Gallo, P. M. D. (2010). Ser migrante: Implicações territoriais e existenciais da migração. *Revista Brasileira de Estudos Populacionais*, 27(2), 407-424.
- Martins-Borges, L. (2013). Migração involuntária como fator de risco à saúde mental. *Revista Internacional de Mobilidade Humana*, 21(40), 151-162.
- Mercer, M. C. M. (2012). Those Easily Forgotten: The Impact of Emigration on Those Left Behind. *Family Process*, 51, 376-390.
- Morrison, M. & James, S. (2009). Portuguese Immigrant Families: The Impact of Acculturation. *Family Process*, 48, 151-166.
- Muhlen, B. K. V., Dewes, D., & Leite, J. C. C. (2010). Stress e processo de adaptação em pessoas que mudam de país: uma revisão de literatura. *Ciência em movimento*, 12(24), 59-68.
- Prado, A. E. F. A. (2006). *Família em trânsito: tecendo redes sociais*. Dissertação de Mestrado em Psicologia Clínica, Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, São Paulo, SP.
- Puerta, Y. B. & Masdéu, M. S. (2010). Parejas en el espacio transnacional: Los proyectos de mujeres que emigran por motivos conyugales. *Migraciones Internacionales*, 5(3), 143-174.

- Queiroz, A. H. (2008). *Migração Familiar: da quebra à reconstrução das redes sociais significativas*. Dissertação de Mestrado, Programa de Pós-graduação em Psicologia, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, SC.
- Rosenberg, M. (1965). *Society and the adolescent self-image*. Princeton, NJ: Princeton University Press.
- Rodrigues, R. A., Strey, M. N., & Pereira, J. (2007). Experiência migratória: encontro consigo mesmo? Percepções de brasileiros sobre sua cultura e mudanças pessoais. *Aletheia*, 26, 168-180.
- Ryan, L. (2008). I Had a Sister in England: Family-Led Migration, Social Networks and Irish Nurses. *Journal of Ethnic and Migration Studies*, 34(3), 453-470.
- Ryan, L., Sales, R., Tilki M., & Siara B. (2009). Family Strategies and Transnational Migration: Recent Polish Migrants in London. *Journal of Ethnic and Migration Studies*, 35 (1), 61-77.
- Sampieri, R. H., Collado, C. F., & Lucio, M. P. B. (2013). *Metodologia de Pesquisa* (5ª ed.). Porto Alegre: Penso.
- Sarriera, J. C., Pizzinato, A., & Meneses, M. P. R. (2005). Aspectos psicossociais da imigração familiar na grande Porto Alegre. *Estudos de Psicologia*, 10(1), 5-13.
- Soto, C. D. (2012). La migración internacional paterna o materna una lectura desde los sujetos jóvenes. *Revista Latino americana de Ciencias Sociales, Niñez y Juventud*, 10(1), 611-624.
- Sluzki, C. E. (1997). *A rede social na prática sistêmica*. São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Sluzki, C. E. (2003). A migração e o rompimento da rede social. In M. McGoldrick (Org.), *Novas abordagens em terapia familiar: raça, cultura e gênero na prática clínica* (pp. 414-424). São Paulo: Roca.
- Vargas, R. (2009). Características del fenómeno migratorio internacional en estudiantes de la Universidad Libre de Pereira. *Cultura Del Cuidado Enfermería*, 6(2), 5-13.
- Vazsonyi, A. T., Castillo, E. T., & Huang, L. (2006). Are Developmental Processes Affected by Immigration? Family Processes, Internalizing Behaviors, and Externalizing Behaviors. *Journal of Youth and Adolescence*, 35, 799-813.
- Waters, J. L. (2002). Flexible families? 'Astronaut' households and the experiences of lone mothers in Vancouver, British Columbia. *Social & Cultural Geography*, 3(2), 117-134.
- Waters, J. L. (2011). Time and Transnationalism: A Longitudinal Study of Immigration, Endurance and Settlement in Canada. *Journal of Ethnic and Migration Studies*, 37(7), 1119-1135.
- Ximena, C. T. (2005). *Depresión en adolescentes hijos de padres emigrantes; Estudiantes de Octavo, Noveno e Décimo años de Educación Básica de Los Colegios mixtos Jorge Icaza y Del instituto de investigación, Educación y Promoción popular del Ecuador (INEPE) Del sur Occidente de Quito*. Tese de Doutorado em Saúde Pública, Facultad de Ciencias Médicas, Universidad Central Del Ecuador, Quito.

Mulheres em situação de refúgio: experiências de campo no Brasil e na França

Cécile Diniz Zozzoli

Este artigo tem como base uma pesquisa de doutorado em andamento. De maneira geral, o trabalho se propõe a compreender como as mulheres em situação de refúgio vivem essa situação nos contextos de São Paulo (Brasil) e de Paris (França). Planejou-se realizar essa pesquisa com mulheres refugiadas que migraram para as duas cidades, levando em conta que Paris, sendo, possivelmente, uma metrópole ainda mais cosmopolita que São Paulo e possuindo uma tradição histórica de migração mais antiga, pode oferecer, portanto, uma maior diversidade de situações de refúgio (diferentes origens, culturas, motivos que impulsionaram a migração, relações, sentidos e afetos do migrante com o lugar de acolhida, com as pessoas e os serviços e vice-versa). Desse modo, esse cenário possibilitaria um leque mais amplo de dados qualitativos que poderiam enriquecer a análise, ao serem comparados à realidade de São Paulo, evidenciando diferenças e semelhanças entre os dois contextos sociohistóricos¹. O presente texto está organizado em três seções distintas. Primeiramente, será feita uma caracterização bem rápida do contexto temático desse projeto, isto é, do que é o refúgio e de como ele se apresenta em cada um dos dois países. Depois, será situada a problemática do trabalho em questão, seguida dos objetivos, dos conceitos teóricos e da proposição metodológica. A terceira parte se concentrará nas experiências de campo efetuadas até o presente momento, trazendo alguns exemplos de dados e do exercício de análise.

¹ A realização de um estágio doutoral no exterior, oferecido por um programa de intercâmbio da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal em Nível Superior (CAPES) permitiu concretizar a extensão do estudo à situação de refúgio de mulheres que imigraram para Paris. No que se refere à fase no Brasil, a pesquisadora conta com uma bolsa de estudos do Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPQ).

Contexto temático: os casos do Brasil (São Paulo) e da França (Paris)

Em se tratando do refúgio nos dois contextos sociohistóricos, a França possui uma tradição de migração mais antiga que aquela do Brasil e oferece uma enorme diversidade de situações de refúgio, como mencionado anteriormente. As estatísticas podem demonstrar esse contraste.

No Brasil, conforme indicam os dados apresentados pelo Comitê Nacional para os Refugiados (CONARE) e formalizados pelo ACNUR (2013), existem, aproximadamente, 4689 refugiados reconhecidos, concentrados nos grandes centros urbanos, como São Paulo, Rio de Janeiro, Rio Grande do Sul, Santa Catarina, Distrito Federal, dentre outros, e originários de 79 países diferentes. Angola, Colômbia, República Democrática do Congo e Iraque são os mais representativos, porém, esse perfil sofrerá uma mudança, uma vez que o país adotou recentemente uma cláusula de cessação aplicável aos refugiados angolanos e liberianos. O número de refugiados reconhecidos passará a 2991 e, assim, os colombianos e congoleses passarão a representar os dois principais grupos de refugiados no país. No que se refere às solicitações, entre 2010 e 2012, o número de pedidos aumentou. A diferença foi mais que o triplo, passando de 566 solicitações para 2008 (Abrão & Ramirez, 2013).

Já no caso da França, existem 217.865 refugiados que são provenientes de 109 países distintos, dentre eles os mais representativos são Sri Lanka, Camboja, República Democrática do Congo, Rússia e Turquia. De acordo com os dados do Alto Comissariado das Nações Unidas para Refugiados (ACNUR), a França ocupou, em 2012, o quarto lugar dentre os países que mais receberam solicitações de refúgio (com 55.100 novos pedidos), precedida pela África do Sul, em primeiro lugar, pelos Estados Unidos da América, em segundo, e pela Alemanha, em terceiro (HCR, 2013).

Possivelmente ligados à realidade dessas estatísticas, mas não somente por essa razão, França e Brasil apresentam também concepções diferentes a respeito do que é o refúgio e dos direitos atribuídos a uma pessoa refugiada. Como descrevem os estudos da Amnesty International (2012), muitos Estados da África, América e Europa se engajaram em elaborar textos regionais, mais próximos de suas necessidades, em função, por exemplo, da natureza das causas da migração, das características dos

indivíduos em mobilidade e das possibilidades de acolhida de cada território.

Para a legislação internacional, mais especificamente para a Convenção de Genebra de 1951, um refugiado é definido como toda pessoa que, em virtude de temores bem fundados de perseguição por motivos de raça, religião, nacionalidade, pertencimento a um determinado grupo social, defesa de opiniões políticas, esteja fora do país de sua nacionalidade e não possa, ou não queira, por causa desses temores, valer-se da proteção de seu país. Essa interpretação da Convenção foi ampliada por países dos continentes africano e americano (dentre eles, o Brasil) e o refúgio passou a ser também considerado no caso de deslocamento causado por uma violação grave e generalizada dos direitos humanos, indo além da concepção de perseguição individualizada (Aydos, Baeninger, & Dominguez, 2008) e permitindo que a proteção fosse estendida a conflito coletivos, característicos dessas regiões.

Já na Comunidade Europeia, o simples risco de ser mandado de volta a uma situação de guerra civil ou de violência generalizada não é suficiente para demonstrar o risco real e personalizado das perseguições, exceto se uma pessoa pertence a uma minoria sobre a qual há evidências que atestam que ela é oprimida de maneira generalizada. Para os demais casos, então, é concedida a proteção subsidiária, do qual decorrem, entretanto, garantias e direitos mais reduzidos (Amnesty International, 2012).

Segundo os estudos da Amnesty International (2012), essas concepções diferentes do direito ao refúgio refletem também as diferentes visões do Direito Humano. Enquanto o sistema europeu insiste consideravelmente nos direitos fundamentais e nas liberdades individuais das pessoas, o sistema da América do Sul, depois de ter se aproximado do sistema africano, aborda o refúgio de maneira mais global e se prende a uma ideia de solidariedade entre os povos. Essas duas últimas concepções são mais amplas, mas têm menos mecanismos de controle para garantir sua efetividade, quando comparadas ao caso europeu.

Em relação à participação feminina nas situações de refúgio, pode-se falar que, globalmente, a realidade vem sendo alterada. A evolução na busca pela igualdade entre homens e mulheres e o fortalecimento das lutas travadas pelo movimento feminista contribuíram para um processo de feminização do movimento migratório (incluindo o refúgio) que é assim

caracterizado não somente pelo aumento numérico das mulheres migrantes, mas, principalmente, pela mudança dos critérios analíticos, que passam a adotar o enfoque de gênero e a transformação do perfil da mulher. As causas que impulsionam a presença feminina no âmbito das migrações variam de acordo com o momento histórico (Milesi, 2008).

Dados da Organização das Nações Unidas, referentes a 2012, informam que mulheres e meninas compreendem cerca de 48% da população total de refugiados. Na França, especificamente desde 2001, o número de mulheres solicitantes de refúgio vem aumentando. Em 2012, ele correspondeu a aproximadamente 38% dos casos gerais (HCR, 2013). Já o Brasil, não acompanhou essa tendência. Nos anos de 2010 e 2011, 20% dos solicitantes eram mulheres. Em 2012, houve um leve decréscimo, atingindo os 18% (ACNUR, 2013).

Problematização da pesquisa

É tendo em mente essa breve caracterização do refúgio no Brasil e na França que será efetuada a discussão do problema que é foco do presente estudo. Inicialmente, compreende-se que as pessoas em situação de refúgio, de forma geral, estão inseridas em um contexto no qual a migração é associada à desigualdade social e pode representar o processo de exclusão/inclusão social². Ao mesmo tempo, elas se distinguem por suas especificidades, que demandam novos elementos de análise e de interpretação.

Assim como mostram algumas pesquisas brasileiras, as de Santana e Lotufo Neto (2004), Milesi (2007) e Morez (2009), no que se refere às repercussões sociais e subjetivas da condição das pessoas que pedem refúgio, a situação já se anuncia complexa e diversificada. Além dos problemas comuns aos outros migrantes, elas podem se deparar com uma carga de dificuldades adicional relacionada às circunstâncias que forçaram o seu

² Entende-se a exclusão como um “processo complexo e multifacetado, uma configuração de dimensões materiais, políticas, relacionais e subjetivas. É processo sutil e dialético, pois só existe em relação à inclusão, como parte constitutiva dela. Não é uma coisa ou um estado, é processo que envolve o homem por inteiro e suas relações com os outros. Não tem uma única forma e não é uma falha do sistema, devendo ser combatida como algo que perturba a ordem social, ao contrário, ela é produto do funcionamento do sistema.” (Sawaia, 1999/2006a, p. 9).

deslocamento e às condições do local de acolhida. Além disso, outras pesquisas, como as de Pereira e Bizerril (2008) e de Morez (2009), mostram também que a categorização oficial de refugiado, dependendo do contexto sociohistórico, pode contribuir para o processo de estigmatização desses sujeitos. Se os migrantes em situação de refúgio já são um grupo vulnerável nas sociedades contemporâneas, quando a análise se restringe às mulheres, essa vulnerabilidade se amplifica, considerando a exploração específica que faz parte da história da mulher em algumas sociedades. Algumas mulheres são obrigadas a sair de seu país de origem, pois são estigmatizadas e perseguidas. Segundo o estudo do Observatório de Asilo e dos Refugiados (2011), as violências mais frequentemente relatadas nos dossiês de pedido de asilo, ligadas ao gênero, são: as mutilações genitais femininas; os casamentos forçados; os crimes de honra; a violência conjugal; os abusos e as violências sexuais; o tráfico de seres humanos; a escravidão e o trabalho forçado; as esterilizações e os abortos forçados; os atos de discriminação; as políticas, legislações e penas discriminatórias.

Especificamente, para a migrante em situação de refúgio, as mudanças na configuração de família e de comunidade que podem caracterizar o local de acolhida podem ainda provocar situações distintas, a depender do grau de diferenciação entre os papéis sociais atribuídos às mulheres em seu lugar de origem e no país onde se estabeleceu. Para Martin (1992/2004), a migrante refugiada poderá encontrar uma continuidade entre suas experiências como mulher em seu lugar de origem e aquelas apresentadas pelas mulheres nativas da nova comunidade, como também pode vir a questionar a posição que ela mesma ocupa na sociedade, como resultado do confronto com padrões alternativos. Por último, pode acontecer também de a migrante refugiada vivenciar um sentimento de perda, em virtude das grandes diferenças com as quais ela terá que lidar.

Além disso, a depender da trajetória da migração, a mulher refugiada pode enfrentar alterações em seus vínculos sociais. Os vínculos de filiação e de cidadania, por exemplo, podem ser enfraquecidos ou até mesmo rompidos. Porém, como mostra Paugam (2008), as rupturas de vínculo não são necessariamente cumulativas. No caso do refúgio, o indivíduo pode encontrar na migração e na ruptura do vínculo de cidadania a maneira de reconstituir, no outro país, novos vínculos sociais. Por outro lado, situações de preconceito, estigmatização e discriminação, por exemplo,

podem impedir que esses novos laços aconteçam e favorecer o acúmulo de outras rupturas.

Desse modo, se, por um lado, o processo de refúgio pode implicar dificuldades e um grande sofrimento para a mulher refugiada, de outro, pode também significar uma grande conquista por ela ter escapado de uma situação que antes representava um risco potencial à sua vida. A compreensão da mulher refugiada reduzida à vitimização e à passividade não está de acordo com uma concepção ativa de sujeito, com uma noção de sujeito como potencialidade, que, apoiada nas ideias de Vigotski (1931/1998; 1934/2001) e Espinosa (1677/1983), está na base desta pesquisa.

Quadro teórico

Tendo situado os autores que servem de base teórica principal à pesquisa, passa-se à apresentação de seu quadro teórico mais amplo. Baseando-se nas reflexões de Debiaggi (2004) sobre o estudo da temática migratória de forma geral, é possível compreender que o fenômeno do refúgio exige um estudo interdisciplinar para maior conhecimento e aprofundamento de seu processo. Por causa de sua complexidade, suas consequências são variadas, sendo essas de ordem econômica, política, jurídica, linguística, mas, fundamentalmente, subjetiva e social. A investigação psicossocial desse fenômeno pode possibilitar uma compreensão da maneira como o processo de exclusão/inclusão social é vivido pela refugiada na forma de sofrimentos e de resistência, entendendo esses elementos em seu processo de constituição, sua historicidade e suas contradições, e não como se fossem exclusivamente do âmbito psíquico.

É nessa perspectiva que se pode justificar o interesse e a importância do diálogo entre a Psicologia Social e os estudos sociológicos, notadamente aqueles de Paugam (1994/2003, 2008) que analisam a dinâmica das desigualdades sociais, os vínculos sociais e suas configurações de enfraquecimento e ruptura, além das conexões entre ruptura social e sofrimento psicológico. São ainda fundamentais suas investigações a respeito da base territorial que abriga os processos excludentes e as pesquisas sobre a definição e negociação do *status* e da identidade de indivíduos que vivem processos de estigmatização.

Ao teorizar sobre vínculo social, Paugam (2008) faz uso de dois conceitos: a proteção e o reconhecimento. Para esse autor, portanto, o vínculo social possui essas duas dimensões: a possibilidade de contar com o outro e a importância que se tem para o outro. Em sua obra, Paugam (2008) considera quatro grandes tipos de vínculos sociais: o vínculo de filiação (entre pais e filhos), o vínculo da participação eletiva (rede de relações escolhidas pelo indivíduo por afinidade, como as relações entre amigos e as relações amorosas, por exemplo), o vínculo de participação orgânica (remete à atividade profissional) e o vínculo de cidadania (referente à nação à qual o indivíduo pertence), os quais podem sofrer processos de enfraquecimento e de ruptura. Em situações específicas, após a ruptura de um vínculo, pode acontecer o acúmulo de outras rupturas.

No que se refere aos estudos psicossociais propriamente ditos, adota-se a abordagem sociohistórica, com destaque para as teorizações vigotskianas sobre afetividade e as contribuições de Sawaia (2000) para a compreensão dessa categoria. A autora faz dialogar os escritos de Vigotski (2001) e a filosofia de Espinosa, chamando atenção para sua dimensão ético-política. Seguindo essa linha teórica, a afetividade, aqui trabalhada, não é considerada como uma emocionalidade pura, associada à ideia segundo a qual o indivíduo deve desenvolver relações afetivas positivas, estar bem com ele mesmo, ser cordial e harmônico. Essa compreensão é útil para a manutenção do *status quo*, já que ela exclui a possibilidade de conflitos entre os sujeitos. Diferentemente, fala-se de uma afetividade que é ética e política (Sawaia, 2000), inconcebível sem a presença do outro, concebida enquanto capacidade de afetar e ser afetado.

Vigotski compartilha com Espinosa uma ontologia do sujeito como grau de potência, como força para se conservar na existência, o que não se reduz à ideia de se manter vivo, mas relaciona-se à expansão do corpo e da mente na busca pela felicidade, pela liberdade, que são necessidades fundamentais da existência humana. Desse modo, a luta pela emancipação é uma dimensão irreprimível do sujeito em seu processo de conservação, o que pressupõe o processo de passagem da heteronomia para a autonomia. É nesse sentido que se pode falar de um sujeito como dimensão de resistência, como potência de desenvolvimento e de atividades (Sawaia, 2009).

A potência de ação e de conservação na existência não se refere, entretanto, a uma tendência natural que se realiza por si e como causa de si. Isso quer dizer que apesar de ser irreprimível, varia de intensidade, a depender das intersubjetividades que constituem o sujeito, ou seja, das afecções que seu corpo e pensamento sofrem nas relações. Desse modo, o sujeito é um agente ativo em seu processo de desenvolvimento, mas não age em terreno de sua própria escolha. Constitui-se de acordo com o contexto social, que define as alternativas referentes à sua realização.

Objetivos

Partindo dessa concepção de sujeito como agente ativo, como potencialidade de resistência (a qual se atualiza de acordo com as condições sociais), a referida pesquisa objetiva investigar a processualidade dos sentidos, afetos e relações da vida no refúgio de mulheres migrantes. Dito de outro modo, busca compreender e explicar em que momentos a migração, e mais especificamente o refúgio, pode caminhar na direção do aumento ou da diminuição da potência de ação. Segundo essa oscilação, os projetos de vida poderão ser mais ou menos delineados e postos em prática.

Mais especificamente, busca-se conhecer a história do processo de refúgio (incluindo a decisão de partida do lugar de origem e a definição do lugar de acolhida); investigar os sentidos que as mulheres têm delas mesmas e os sentidos presentes nas relações com o lugar de origem, com o lugar de acolhida e seus serviços públicos, bem como com as outras pessoas em diversas situações da vida cotidiana; analisar como tal migração afeta as relações familiares e qual o papel que a família ocupa nesse processo; compreender as configurações do preconceito e da discriminação que, possivelmente, são direcionados às mulheres refugiadas; analisar as perspectivas que essas mulheres têm de futuro e seus projetos de vida; e estudar como as questões de gênero relacionam-se com os seus sentidos e afetos envolvidos no processo de refúgio.

Metodologia: experiências de campo no Brasil e na França

Para alcançar esses objetivos, metodologicamente, utiliza-se a perspectiva de Vigotski (1931/1998), apoiada no materialismo histórico-dia-

lético, de acordo com a qual são definidos e aplicados os procedimentos de coleta de dados. Coerente com sua concepção teórica, Vigotski (1931/1998) elaborou seu método de pesquisa que se baseava em 3 princípios: a observação de processos e não de objetos fixos, a análise explicativa e não uma mera descrição dos fenômenos e o abandono de formas fossilizadas, para estudar historicamente, pesquisando o processo de mudança e de desenvolvimento de determinado fenômeno.

Procedimentos da coleta de dados

A coleta de dados foi realizada com mulheres em situação de refúgio que migraram para as cidades de São Paulo e de Paris. A seleção dessas mulheres foi efetuada por meio de uma etapa inicial de levantamento em instituições de atendimento a imigrantes. Em São Paulo, 4 foram as instituições que colaboraram com o estudo, das quais 2 prestam atendimento e acolhida aos refugiados e 2 são também locais de moradia. No caso de Paris, também 4 instituições aceitaram contribuir com a pesquisa e, de forma semelhante, 2 são centros de atendimento e acolhida aos refugiados e 2 são também locais de moradia. O objetivo dessa etapa foi realizar entrevistas com os coordenadores das instituições, visando uma primeira aproximação com a realidade das mulheres em situação de refúgio e uma coleta de informações sobre elas (como faixa etária, origem, estado civil, dentre outras).

Após o levantamento do perfil das mulheres atendidas nas instituições, a definição dos sujeitos da pesquisa ocorreu em função de um movimento bilateral: o convite, por parte da pesquisadora, e a aceitação ou não desse convite, por parte da pessoa contactada. Esse primeiro contato com as mulheres selecionadas foi destinado, portanto, à apresentação da pesquisa e à solicitação do consentimento. Nesse momento, foram informadas as garantias de anonimato e do sigilo de outras informações que possam ameaçar sua proteção. As mulheres que aceitaram participar da pesquisa ficaram livres para decidir o local da entrevista, que poderia acontecer, por exemplo, nos espaços das associações, em suas residências ou em outro lugar de sua preferência. Essas entrevistas foram semi-estruturadas e dependeram bastante da disponibilidade das mulheres. Em alguns casos, e sempre de acordo com as mulheres em questão, considerou-se necessário mais de um encontro para atender os objetivos da pesquisa.

As entrevistas têm o papel de investigar como se dão suas relações com o lugar de origem, com o lugar de acolhida, com os serviços públicos e com os outros sujeitos, assim como o que elas pensam e sentem em relação a elas mesmas. A partir desse instrumento, estuda-se, neste momento, como as mulheres se situam no processo de exclusão/inclusão, investigando seus projetos de vida e possíveis situações e configurações de preconceito, e analisa-se como elas relacionam seus papéis sociais à situação de refúgio.

A quantidade e o perfil de mulheres que participaram dessa fase dependeram do que é encontrado nas instituições e de seu acordo com a pesquisa. Porém, o planejado foi reunir de 10 a 18 mulheres em cada cidade. Neste grupo de sujeitos, pretendeu-se englobar mulheres que tinham migrado com sua família (filho/s e/ou marido/companheiro, por exemplo) e mulheres que tinham migrado sozinhas, assim como, paralelamente, mulheres que estavam em diferentes momentos do processo de solicitação de refúgio (as que estavam em sua primeira solicitação de documentação, as que estavam pedindo recurso e as que tiveram o pedido aceito). Essa diversidade foi levada em conta, já que, como foi dito anteriormente, o estudo interessa-se pelos diferentes momentos do processo de refúgio e sua relação com o aumento ou diminuição da potência de ação das mulheres.

No caso de Paris, 17 mulheres foram entrevistadas: 8 que tiveram o refúgio reconhecido oficialmente, 2 que estavam em sua primeira solicitação, 4 que tinham depositado um recurso, 2 que abriram o reexame do processo (após a negativa do recurso) e 1 que recebeu a proteção subsidiária. No Brasil, foram realizadas entrevistas com 10 participantes: 5 refugiadas e 5 que estavam em primeira solicitação. As Tabelas 1a e 1b expõem o cruzamento dessas informações com a origem de cada uma das mulheres.

Além do *status* da mulher no processo de solicitação de refúgio, que define seus direitos e deveres legais, outras variáveis serão levadas em consideração na análise: a duração de sua estadia no país de acolhida (se a mulher acabou de chegar ou já está lá há mais tempo); o tipo de violência sofrido no país de origem, motivo de seu pedido de refúgio; a situação familiar; a idade; a classe social; a religião; a escolaridade e o domínio da língua estrangeira. O quadro nacional geral dos dois países pode igualmente intervir.

Tabela 1a: Status das mulheres entrevistadas na França, conforme sua nacionalidade

	Origem	Refugiadas	Primeira Solicitação	Recurso	Reexame	Outro	Total
FRANÇA	Azerbaijão	1					1
	Bangladesh	1					1
	Colômbia				1		1
	Costa do Marfim		1				1
	Geórgia	1					1
	Guiné Conakry	2			1		3
	Mauritânia	2					2
	Nigéria	1					1
	República Democrática do Congo		1	4			5
	Senegal						1
	Total		8	2	4	2	1

Tabela 1b: Status das mulheres entrevistadas no Brasil, conforme sua nacionalidade

	Origem	Refugiadas	Primeira Solicitação	Recurso	Reexame	Total
BRASIL	Angola		2			2
	Colômbia	3				3
	República Democrática do Congo	1	3			4
	Sudão	1				1
	Total		5	5		

Com objetivo de ilustração, apresentam-se as Tabelas 2a e 2b com a frequência dos motivos que ocasionaram a solicitação de refúgio. Novamente, esses dados foram cruzados com as informações sobre a nacionalidade das mulheres.

Tabela 2a. Motivos do refúgio das entrevistadas na França, conforme sua nacionalidade

	Origem	Conflito político, guerra	Motivo religioso	Casamento forçado	Violência sexual	Não quis revelar	Total
FRANÇA	Azerbaijão		1				1
	Bangladesh					1	1
	Colômbia	1					1
	Costa do Marfim			1			1
	Geórgia	1					1
	Guiné Conakry	1		2			3
	Mauritânia	1		1	1		2
	Nigéria						1
	República Democrática do Congo	5	1	1			5
	Senegal			1			1
	Total		9	2	6	1	1

Tabela 2b. Motivos do refúgio das entrevistadas no Brasil, conforme sua nacionalidade

	Origem	Conflito político, guerra	Motivo religioso	Total
BRASIL	Angola	2		2
	Colômbia	3		3
	República Democrática do Congo	4		4
	Sudão		1	1
	Total	9	1	10

Além do instrumento da entrevista, a experiência de coleta de dados também contou com observações de campo. Tanto em Paris quanto em São Paulo, algumas instituições autorizaram a participação da pesquisadora enquanto observadora e/ou voluntária de algumas atividades, como: atendimentos, visitas, passeios organizados pela cidade e festas. No caso dos atendimentos, as observações permitiram conhecer melhor as etapas, os tipos de procedimento de solicitação de refúgio, assim como os direitos das pessoas que recorrem aos serviços das associações. No caso dos passeios, visitas e festas, o objetivo foi o contato com o cotidiano de pessoas em situação de refúgio e a observação de suas relações.

Todas as observações e todos os encontros destinados às entrevistas foram relatados em diários de campo. As conversas com as participantes da pesquisa foram gravadas, de acordo com o consentimento delas, contribuindo com um material de áudio que foi transcrito. Com o objetivo de preservação de suas identidades, as mulheres são identificadas, nos textos da coleta e da análise da pesquisa, através de nomes fictícios. Inspirando-se em um relato de uma das entrevistadas, o qual será citado posteriormente, nomes de flores foram escolhidos como pseudônimos para cada uma delas.

Procedimento de análise dos dados

A análise do conjunto de dados coletados parte inicialmente de uma primeira varredura por todo o material, para buscar as ideias mais salientes (ligadas ao tema da pesquisa), presentes nos diários e nas transcrições das entrevistas individuais. Nessa triagem, os dados são organizados em núcleos de sentido que serão interpretados separadamente e de maneira cruzada.

No momento atual da pesquisa, o tratamento de dados está em curso. Alguns núcleos temáticos foram identificados nesse material e fazem parte de uma pré-análise, de objetivo mais descritivo e de caracterização dos dados. As informações foram organizadas, portanto, nos seguintes núcleos de identificação: Motivo e história do refúgio; Relações familiares; Relações no e com o trabalho; Relações eletivas (amigos, namorado/companheiro, religião, associações, comunidade); Relações com os países de origem e de acolhida (território e cidadania); Relações de discriminação e preconceito; Relações que envolvem a questão de gênero; Saúde física e emocional; Projetos de Futuro; Informações sobre o processo de refúgio. Com o intuito de facilitar a visualização dos temas no material coletado, cada um deles foi representado por uma cor diferente. Assim, nos textos das transcrições de áudio e dos diários de campo, trechos foram destacados por meio de marcações nas cores específicas.

A partir dessas categorias, possivelmente, serão definidos novos núcleos de sentido, mais profundamente relacionados às questões analíticas da pesquisa. De todo modo, as informações levantadas já sugerem algumas pistas descritivas e interpretativas, que podem ser adiantadas e que estão relacionadas a características frequentes e comuns dentre os relatos. Para o presente texto, serão apresentados alguns dos elementos recorrentes nas entrevistas, classificados em dois núcleos de identificação: Relações Familiares e Relações no e com o trabalho. Para essa discussão, serão utilizados trechos das entrevistas realizadas com duas participantes da pesquisa, sendo cada uma delas representante dos dois contextos investigados.

Resultados parciais e discussão

As mulheres participantes da pesquisa, quanto à faixa etária, situam-se entre 16 e 47 anos de idade. As mais velhas, assim como as que vieram

para o país de acolhida acompanhadas de seu marido, mostraram-se, em sua maioria, menos abertas para participar das entrevistas (algumas consultaram o companheiro antes de confirmar a presença nas entrevistas) e apresentaram, no geral, mais dificuldade para falar a língua estrangeira.

No que diz respeito às mulheres que vieram sozinhas, quase todas revelaram como queixa principal o fato de terem deixado suas crianças. Grande parte delas teve os vínculos com seus maridos ou companheiros rompidos (ou porque se tratava de um casamento forçado ou porque o marido ou companheiro foi perseguido e morto). Os sentimentos mais relatados, nesses casos, são a tristeza, a culpa e o medo de que seus filhos pensem que elas os abandonaram. O exemplo a seguir ilustra a força dessa preocupação, que aparece de forma recorrente na fala da entrevistada. Trata-se de 4 extratos da primeira entrevista realizada com Jasmine, uma solicitante em reexame, em Paris, congoleza, enfermeira, que migrou sozinha por causa de violências conjugais e sexuais em um casamento forçado:

Voilà. Sans pouvoir travailler, sans pouvoir trouver mes enfants. ... Au moins, si mes enfants étaient à côté de moi, j'allais soulagée un tout petit peu.

É isso. Sem poder trabalhar, sem poder encontrar meus filhos. ... Ao menos, se meus filhos estivessem do meu lado, eu estaria aliviada um pouquinho.

Je suis là... Mais, en fait, j'ai eu une plaie dans mon coeur, la3 seul médicament c'est le jour où je vais retrouver mes enfants. Pour le moment, rien ! Rien ne peut me soulager si je ne retrouve pas mes enfants. C'est ce que vous ai dit tout à l'heure : aujourd'hui je vis grâce à mes enfants, que j'ai laissé...

Eu estou aqui... Mas, na verdade, eu tive uma ferida no meu coração, o único medicamento é o dia em que eu vou reencontrar meus filhos. Por enquanto, nada! Nada pode me aliviar se eu não reencontrar meus filhos. É o que eu disse a você agora há pouco: hoje em dia, eu vivo graças aos meus filhos, que eu deixei.

Je pense que eux, actuellement, ils pensent que je les ai abandonné. Moi, c'est ça que je pense. Toute seule, je dis mes enfants actuellement ils pensent que je les ai abandonné, je suis en train de faire la belle vie, pour les laisser.

³ A transcrição das entrevistas correspondeu à fala tal qual foi verbalizada, não sofrendo, portanto, correções.

Tandis que c'est pas ça. Je parle toute seule. Des fois je parle toute seule. J'ai dit «oui, mes enfants pensent que vraiment je les ai laissé, je les ai abandonné, je ne veux pas, dès je ne les aime pas. Je dis c'est au contraire. Je les aime. Beaucoup. »

Eu penso que eles, atualmente, eles pensam que eu os abandonei. Eu... é isso que eu penso. Sozinha, eu digo: "meus filhos, atualmente eles pensam que eu os abandonei, que eu estou tendo uma vida boa, para deixá-los". Enquanto que não é isso. Eu falo sozinha. Às vezes, eu falo sozinha. Eu digo: "sim, meus filhos pensam verdadeiramente que eu os deixei, que eu os abandonei, que eu não os quero, então, não os amo mais". Eu digo: "é o contrário. Eu os amo. Muito".

Depois do sofrimento pelo rompimento ou enfraquecimento das relações familiares, a razão mais forte de insatisfação relatada nas entrevistas, tanto francesas quanto brasileiras, está vinculada ao trabalho. Em ambos os contextos de pesquisa, a falta de um emprego e a inatividade são queixas muito presentes nos relatos, apesar de serem relacionadas a questões distintas de cada país.

Na França, o visto temporário dado à mulher solicitante de refúgio não concede, *a priori*, a inserção no mundo do trabalho. Elas recebem uma ajuda de custo até obter a resposta ao seu pedido. No caso do Brasil, apesar de terem direito à carteira de trabalho, desde que registram a demanda de refúgio, as mulheres têm dificuldades para encontrar vagas de empregos. Nas duas realidades estudadas, a alternativa (quando ela aparece), é realizar trabalhos braçais, que não são bem remunerados e que são considerados, por elas, como de *status* inferior. Fazer faxina, trabalhar como empregada doméstica ou como camareira em hotéis são exemplos das atividades desempenhadas pelas entrevistadas, mesmo que elas tenham cursado em seus países o Ensino Superior. No caso da França, esse ofício é acordado de maneira irregular.

Durante os testemunhos, a problemática do trabalho é frequentemente associada a consequências para a saúde física e emocional das mulheres. Sintomas como dificuldade para dormir, dores de cabeça e ansiedade são descritos, bem como sentimentos de indignação, tristeza e sensação de morrer "por dentro". Os trechos a seguir podem caracterizar esse quadro de sofrimento:

Ici, si tu n'as pas ton titre de séjour... En fait, comme je disais tout à l'heure, tu es un bon à rien. Tu es nul, en fait, tu n'es rien. Parce que tu ne peux pas travailler, tu ne peux pas avoir un logement... En fait, tu ne peux rien faire. Donc, c'est très difficile.

Aqui, se você não tiver seu "titre de séjour"... Na realidade, como eu dizia agora há pouco, você é um nada. Você é nulo, na realidade. Você é nada. Porque você não pode trabalhar, você não pode ter uma moradia... Na realidade, você não pode fazer nada. Então, é muito difícil.

Si je travaille un peu, ça va. Là je suis fatiguée. Quand je viens, j'ai pas le soir, je dors. Mais quand je ne travaille pas, je ne dors pas. Jusqu'à 4 heures du matin, 5 heures du matin. À partir de 4 heures, de 5 heures, j'ai sommeil. Là je dors jusqu'à 8 heures, 9 heures. De 6 heures à 8 heures, là je dors profondément. Je ne sais pas ce qui se passe. Moi, je n'arrive pas à dormir.

Se eu trabalhar um pouco, tudo bem. Aí, eu fico cansada. Quando eu venho, eu não tenho a noite, eu durmo. Mas, quando eu não trabalho, eu não durmo. Até as 4 horas da manhã, 5 horas da manhã. A partir de 4 horas, de 5 horas, eu tenho sono. Aí, eu durmo até as 8 horas. De 6 horas às 8 horas, aí eu durmo profundamente. Eu não sei o que acontece. Eu, eu não consigo dormir.

Hier, j'ai appelée là où je travaille... Parce que actuellement je fais un chambre, hum, je suis, euh... femme des chambres dans les hotels. Je fais le ménage dans les hôtels. ... Mais là, depuis avant hier je n'ai pas travaillé, je ne sais pas pourquoi. Donc, voilà. Elle m'a dit d'attendre. ... Moi, je lui appelée pour demander si je travaille, elle m'a dit : "non".

Ontem, eu telefonei lá onde eu trabalho... Porque, atualmente, eu faço um quarto, hum... eu sou, é... a camareira dos hotéis. Eu faço a arrumação nos hotéis. ... Mas aí, desde antes de ontem, eu não trabalhei, eu não sei por quê. Então é isso. Ela me disse para esperar. ... Eu, eu telefonei para ela para perguntar se tem trabalho pra mim, ela me disse: "não".

Para esse caso, os extratos da entrevista com Rosa (refugiada colombiana, no Brasil, formada em Administração em Turismo e Hotelaria, que migrou com a família por conta dos conflitos políticos em seu país) tam-

⁴ Documento que garante a permanência no país.

bém ilustram as dificuldades na esfera do trabalho. Para ela, o trabalho doméstico no Brasil implica uma desvalorização social em relação ao seu *status* no país de origem e traz muito sofrimento.

Então, tinha que venir, vir aqui, fazer a faxina de outro, limpar a urina de outros. Isso fazia... um ódio! Um ódio! Eu no falo pra ninguém, mas vou falar pra você. Porque no sei, mas vou falar. Eu, cada vez que eu to fazendo essa faxina, yo me morro. (Começa a chorar). Mas eu la faço bem. ... No deixo de fazer, porque tem que ser, é... honesto e, então, não deixo nada sem limpar. E me forço, com, com muita tristeza, em meu coração, mas me forço, para que tudo limpinho. Porque a moça me está pagando, para que eu faça. Mas eu falo: "tanto estudar, tanto ir a outra ciudad estudar para... para no ter o que fazer isso, senão na minha casa, não a outra pessoa".

Considerações finais

Como este trabalho se dedica à busca dos sentimentos expressos, alguns elementos que chamaram a atenção nos discursos das mulheres contactadas podem já ser levantados de maneira resumida: a vergonha pelas experiências vividas (que as fazem esconder das outras pessoas sua condição), a tristeza em relação ao distanciamento da família e à falta de emprego, a indignação frente às experiências de humilhação e de discriminação, a lembrança da violência que prova sempre a sensação de medo, mesmo estando distante da situação ameaçadora. Essas emoções são exemplos de afetos tristes que paralisam o indivíduo e que, assim, reduzem sua potência de ação, sua potência de vida. O exemplo a seguir traz alguns trechos da entrevista com Rosa, que ilustra bem esses momentos do processo de refúgio em que as condições do refúgio afetam a mulher de forma negativa. Nesse caso, pode-se falar de um sofrimento ético político (Sawaia, 1999/2006b), pois ele não é limitado à esfera do privado, mas é construído no seio das relações de desigualdade, de dominação, de exclusão.

É ruim, é ruim demais! Eu não quero nem lembrar! Não quero me lembrar de, disso! Quando eu lembro, me faz muitos danos, me para a boca, é... eu sinto uma vontade de não existir mais nesse mundo! Tem muita gente ruim! E gente que se aproveita de dor ajeno, entendeu? Só para humilhar! Entendeu? E eu, eu, é... vivi muitas humillaciones Sabe? Vou, vou falar una

coisa pra você... a falar um sentido metafórico, um sentido simbólico... Quando você tem. Uma planta. E a planta já está em uma terra, floresce... e la planta já floresce... E, e... fica... este... ela... é... está raiz, finca raiz... está plantada já. Ai, ela fica linda, hermosa, nessa terra. Tem muito tempo de estar aí nessa terra. Porque sua terra, onde você semeou la semilla, é... onde você semeou... as semillas. Então ela... Nasceu, cresceu e reproduziu, reproduziu. Então, ela... é... tem muita flores... Então, um momento, ficou um momento onde, que você... tem que deixar essa casa onde tem esse jardim. Então, você tem que ir pra outra ciudad. Então, você gosta muito dessa planta. ... Então você... é... tira ela... dessa terra, e você... Porque, é rapidinho... Então você tira, entonces, você, só com su raiz, leva ela pra outra terra. O que acontece? Lá você: "ai, chegou à outra ciudad!" Você buscou terra nova e sembró ela, quando sembra ela nessa nova terra, as flores caem. La formosura dela ... empieza a tirar, a..., a... a mudar. Já, fica assim... Na mata. As folhas delam ficam caídas. Por quê? Por que é uma terra nova, os alimentos, que tem essa terra, são diferentes... Mas você se esforça e empieza a dar alimento pra ela, água, e... adubo? Então, assim... Então, ela, pouco a pouco, ela... vai assim. Essa soy eu. Sou una planta arrancada de meu país. E pouco a pouco, estou... assim. Você... Eu sou essa planta! E ainda no, no..., no estou adaptada, então... algumas coisas sim, outras não. Então, tem que esperar um tempo. Então, é... estou, assim, com mis folhas caídas. Então, assim.

Ao mesmo tempo, as mulheres entrevistadas falam também de afetos alegres, como a paz e a confiança motivadas pelo fato de se encontrarem em um país onde elas consideram que a justiça existe, possuem confiança nelas mesmas, criatividade para imaginar alternativas para o futuro e esperança de que suas situações de vida vão melhorar. Assim, encerra-se este artigo com alguns trechos finais, extraídos também da entrevista com Rosa, que exemplificam bem a processualidade dos afetos das mulheres em situação de refúgio.

Ah, desde que haja vida, há esperança. E nós estamos aqui para conservar nossa vida, para que haja esperança. Então, o triunfo mais, mais, maior... mais grande, que nós tivemos foi, é que, que no permitimos ... no permitimos que essas pessoas tiraram nossas vidas. Então... Nem vão a tirar.

É essa a diferencia. Que no sinto medo! No sinto medo que... que eu voy a... a vir aqui à Praça da, à Praça da Sé, que eu voy encontrar com essa pessoa: "Ah, aqui está!" Não sinto esse medo! Sinto que... que... aqui es outro país.

Lá... Aqui, aqui no es nada. Aqui, não é a Colômbia. Aqui, eles não vão poder vir, a fazer, ou a vir assim armados: "Ah, vem ver! Ah" E que ninguém vai fazer nada. E que a polícia vai estar com eles. Não! Porque, aqui, ellos não podem fazer isso. Entendeu? Aqui no es, no es Colômbia. Aqui não é Colômbia.

É... Yo... Eu penso que eu vou passar sarando... sarando... Assim, las he... as feridas. Curando as feridas... e... com o tempo, o tempo e uma vida nova. Quando as coisas vão mudando, então se... vá, vá se... curando.

Hay veces que essa planta dá flores bem bonitas. Pero hay veces que, quando se muda, e que assim, como le dijo, resentida. Mas depois dá flores muito mais belas, que las que davam antes. Eu vou procurar pra dar flores muito mais belas de las que dava antes.

Referências

- Abrão, P. & Ramirez, A. (2013). Novo perfil do refúgio no Brasil. Brasília, DF: CONARE, ACNUR. Acesso em 15 de novembro, 2013, em http://www.acnur.org/t3/fileadmin/Documentos/portugues/Estatisticas/Novo_perfil_do_Refugio_no_Brasil_Abril_2013.pdf?view=1.
- Alto Comissariado das Nações Unidas para Refugiados. (2013). Refúgio no Brasil: uma análise estatística (2010-2012). Acesso em 15 de novembro, 2013, em http://www.acnur.org/t3/fileadmin/Documentos/portugues/Estatisticas/Refugio_no_Brasil_-_Uma_analise_estatistica_2010-2012.pdf.
- Amnesty International. (2012). Réfugiés, un scandale planétaire: 10 propositions pour sortir de l'impasse. Paris: Autrement.
- Aydos, M., Baeninger, R., & Dominguez, J. (2008). Condições da vida da população refugiada no Brasil: trajetória migratória e arranjos familiares [Trabalho completo]. In III Congresso da Associação Latino Americana de População – ALAP. Córdoba, Argentina. Acesso em 01 de dezembro, 2013, em http://www.alapop.org/2009/images/DOCSFINAIS_PDF/ALAP_2008_FINAL_320.pdf
- Debiaggi, S. (2004). Introdução. In S. Debiaggi & G. Paiva (Orgs.), Psicologia, e/ imigração e cultura. São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Espinoza, B. (1983). Ética demonstrada à maneira dos geômetras (Marilena Chauí et al., Trads.), Os Pensadores (3ª ed. pp. 71-299). São Paulo: Abril Cultural. (Original publicado em 1677)

- Haut Commissariat des Nations Unies pour les Réfugiés. (2013). Déplacement : le nouveau défi du XXI^e siècle. Tendances Mondiales 2012. Acesso em 15 de novembro, 2013, em <http://www.unhcr.fr/526639c49.html>.
- Martin, S. (2004). *Refugee woman* (2^a ed.). Oxford, EUA: Lexington Books. (Original publicado em 1992)
- Milesi, R. (2007). Políticas públicas para as migrações internacionais: migrantes e refugiados. Brasília, DF: ACNUR, IMDH, CDHM.
- Milesi, R. (2008). Migração e direitos humanos. In *Anais de Migrantes e Direitos Humanos. Seminário de Migrantes e Refugiados*. São Paulo: CMDH.
- Morez, F. (2009). O refúgio e a questão da identificação oficial dos refugiados no Brasil. *Revista Direitos Fundamentais & Democracia*, 5, 12. Acesso em 01 de dezembro, 2013, em <http://revistaeletronicardfd.unibrasil.com.br/index.php/rdfd/article/viewFile/227/161>.
- OBSERVATOIRE DE L'ASILE ET DES RÉFUGIÉS. (2011). Le droit d'asile au féminin : cadre législatif et pratiques. In A. Mateo (Dir.), *Le Cahiers du Social*, 32, Paris: France Terre d'Asile.
- Paugam, S. (2003). *Desqualificação Social: ensaio sobre a nova pobreza*. São Paulo: Educ. (Original publicado em 1994)
- Paugam, S. (2008). *Le lien social*. Paris: Puf.
- Pereira, G. & Bizerril, J. (2008). Refugiados no Brasil: estigma, subjetividade e identidade. *Universitas: Ciências da Saúde (UNICEUB)*, 5(1), 119-134.
- Santana, C. & Lotufo, F. (2004). Psicodinâmica e cultura: a implantação de um programa de saúde mental para refugiados em São Paulo. In S. Debiaggi & G. Paiva (Orgs.), *Psicologia, e/imigração e cultura*. São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Sawaia, B. (2000). A emoção como locus de produção do conhecimento: uma reflexão inspirada em Vigotski e no seu diálogo com Espinoza [Trabalho completo]. In III Conferência de pesquisa sócio-cultural. Campinas. Acesso em 01 de dezembro, 2013, em <http://www.fae.unicamp.br/br2000/indit.htm>.
- Sawaia, B. (2006a). Introdução: Exclusão ou inclusão social perversa? In B. Sawaia (Ed.), *As artimanhas da exclusão: Análise psicossocial e ética da desigualdade social* (2^a ed., pp. 7-13). Petrópolis, RJ: Vozes. (Original publicado em 1999)
- Sawaia, B. (1999/2006b). O sofrimento ético político como categoria de análise da dialética exclusão/inclusão. In B. Sawaia (Org.), *As artimanhas da exclusão: análise psicossocial e ética da desigualdade social* (7^a ed., pp. 97-119). Petrópolis, RJ: Vozes.
- Sawaia, B. (2009). Psicologia e desigualdade social: uma reflexão sobre liberdade e transformação social. *Psicologia & Sociedade*, 21(3), 364-372.
- Vigotski, L. (1988). *A formação social da mente: o desenvolvimento dos processos psicológicos superiores* (6^a ed.). São Paulo: Martins Fontes. (Original publicado em 1931)
- Vigotski, L. (2001). *A construção do pensamento e da linguagem*. São Paulo: Martins Fontes. (Original publicado em 1934)

Entre a “integração” e a “discriminação”: o caso dos imigrantes brasileiros na França

Gisele Maria Ribeiro de Almeida

Introdução

Em meados dos anos 1970, a população imigrante na França representava 7,5% da população francesa e, ao longo dos anos 1980 e 1990, essa proporção ficou estável (Boëldieu & Borrel, 2000). O dado mais recente divulgado pelo “Institut National de la Statistique et des Études Économiques” (INSEE), de 2008, indicava que a população imigrante representava 8,4% da população total do país.

Apesar desse percentual não ser tão expressivo quando se compara à proporção de imigrantes em outros países, como Suíça (22%), Austrália (21%) e Canadá (20%)¹, o tema da imigração recebe grande atenção na agenda pública francesa. Esse é um assunto obrigatório nas campanhas políticas e é constantemente contemplado pelos meios de comunicação de massa². E, nesses contextos, de forma geral o tema da imigração tem sido abordado como “problema”: ao longo dos últimos anos, a relação da França com seus imigrantes parece ter se tornado cada vez mais complicada, e a tendência para considerar a imigração como um problema de segurança e o imigrante como uma ameaça à integridade física e cultural do país parece ter se estabelecido como uma das características mais marcantes da vida política francesa na atualidade. (Reis, 2006, pp. 70-71)

E, além disso, o tema da imigração aparece com frequência associado ao léxico “integração”. Inclusive um Ministério criado, em 2007, pelo presidente na época, Nicolas Sarkozy, foi intitulado como “Ministério da

¹ Esses percentuais estão disponíveis em Pison (2010).

² Diversos autores, como por exemplo, Blanc-Chaléard (2001), Noiriel (2006) e Reis (2006) abordam a ênfase que o tema da imigração recebe no debate público francês, particularmente por causa do retorno da extrema direita francesa, através do partido político chamado *Front National*, a partir dos anos 1980, que toma a imigração como um problema para a nação francesa.

Imigração, da Integração, da Identidade Nacional e do Codesenvolvimento”. De acordo com Stoicea-Deram (2009), a criação desse órgão e a reunião dos termos mencionados foram polêmicas porque naquele cenário político a expressão sugerira que “a imigração traz problemas à integração, ameaça à identidade nacional, para limitá-la é necessário investir em codesenvolvimento”³ (p. 31 – tradução nossa). Em 2010, o tal Ministério foi suprimido e a gestão da imigração ficou a cargo do Ministério do Interior sob a alçada da “Secretaria Geral de Imigração e Integração”. Essa disposição foi mantida até agosto de 2013, durante o governo do presidente Hollande, eleito em maio de 2012, quando um decreto instituiu a “Direção Geral dos Estrangeiros na França”.

Neste artigo, não se pretende trabalhar a questão da “imigração” e da “integração” da população estrangeira na França sob a ótica da linguística. Todavia, a combinação associativa dos referidos termos sinaliza para processos sociais relevantes quando se tem como objetivo refletir sobre o “lugar” que o “estrangeiro”⁴ em geral, e o brasileiro em particular, ocupa na sociedade francesa contemporânea. É necessário reiterar, entretanto, que não se considera, neste trabalho, que todos os franceses vejam a imigração como uma “ameaça”. Apenas se argumenta que o entendimento dessa associação de palavras revela algumas dimensões que precisam ser consideradas numa discussão sobre as relações que se trava entre os imigrantes e a sociedade que lhes recebe; inclusive porque tais perspectivas orientam a gestão da política migratória e desenham as possibilidades de inserção dos imigrantes na sociedade hospedeira. Além do mais, este é o cenário no qual a imigração brasileira na França vem crescendo, daí a importância de se referenciar e contextualizar esse chamado processo de integração, tendo em vista as possibilidades e os obstáculos para a inserção desses migrantes.

³ Tradução livre do original em francês: “l’immigration pose de problèmes à l’intégration, menace l’identité nationale, pour la limiter il faut investir dans le codéveloppement” (Stoicea-Deram, 2009, p. 31).

⁴ O termo aparece entre aspas neste e em outros momentos do texto por uma questão de imprecisão conceitual. Isso porque, segundo a concepção jurídica francesa, o estrangeiro é alguém nascido no exterior, que vive na França e que não possui a nacionalidade francesa. Por outro lado, o imigrante é um estrangeiro que deixou essa condição por obter a nacionalidade francesa através da naturalização. No entanto, como aponta Sanchez-Mazas (2004), nem sempre o reconhecimento jurídico é acompanhado pelo reconhecimento social. Dessa forma, um “imigrante” pode ser visto pela sociedade de acolhimento como um “estrangeiro” não importando se adquiriu ou não a cidadania.

O número de brasileiros na França se mostra quantitativamente pouco representativo. Porém, há evidências de que esse contingente tem crescido. De acordo com as estimativas do Ministério das Relações Exteriores, havia 30 mil brasileiros vivendo na França em 2007, 60 mil em 2008 e 80 mil em 2010 (Ministério das Relações Exteriores, 2008, 2009, e 2011). Do ponto de vista da sociedade de acolhimento, é irrisória a participação dos brasileiros no que se refere ao total de estrangeiros e imigrantes na França (menos de 1% de acordo com os dados do INSEE).

Ainda que o volume de imigrantes brasileiros na França seja pouco expressivo, uma pesquisa de campo⁵ realizada mostrou que existem alguns estereótipos consolidados sobre o Brasil, o brasileiro e a brasileira. Esse aspecto estaria na base de processos de estigmatização, capazes de causar experiências de discriminação e, dessa forma, afetar a integração do/da imigrante brasileiro/a na França.

Os resultados apresentados resultam de uma pesquisa de maior envergadura realizada no âmbito de um doutoramento⁶, cujo objetivo geral foi analisar a imigração brasileira na França, após a década de 1980, considerando a diversidade de modalidades migratórias que compõem esse fluxo e as especificidades dos processos e dos projetos migratórios conjugados por tais migrações. Para esse estudo, foram realizadas 102 entrevistas semiestruturadas com imigrantes e ex-imigrantes brasileiros na França (Almeida, 2013). Desse total, 86 foram com imigrantes brasileiros na França e 16 com ex-imigrantes, assim chamados porque viveram na França e na ocasião em que me concederam a entrevista haviam retornado ao Brasil ou estavam em um terceiro país. As entrevistas⁷ foram realizadas no Brasil (nas cidades de Campinas, São José dos Campos, São Paulo, São Vicente e Brasília) e na França (na cidade de Marselha e em outras cidades próximas situadas no sul da França, em Paris e seu entorno, em Lyon, Rennes e Estrasburgo). Apenas 4 entrevistas foram realizadas à distância via Skype. As demais foram todas presenciais. O filtro utilizado

⁵ Em Almeida (2013) é possível encontrar informações minuciosas sobre a pesquisa empírica realizada no Brasil, entre 2010 e 2011, e na França, em 2012.

⁶ A pesquisa contou com financiamento da Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado de São Paulo.

⁷ Todas as entrevistas foram semidirigidas e realizadas a partir do aceite dos entrevistados em relação à proposta. As possibilidades e os limites dessa técnica de pesquisa para as Ciências Sociais foram objeto de uma reflexão atenta e tais considerações podem ser encontradas em Almeida (2013).

para a composição do *corpus* da pesquisa foi estar na França há no mínimo um ano, ou ter morado lá, sem ter sido “bolsista-sanduiche”. Todos os entrevistados foram informados sobre a pesquisa em curso e sabiam que seus depoimentos seriam utilizados em um estudo. Mas assumiu-se o compromisso de preservar suas identidades, por isso quando houver referência aos entrevistados, esses aparecerão invariavelmente identificados por nomes fictícios.

Neste texto, que é um recorte da referida tese (Almeida, 2013), são discutidos aspectos relativos ao processo de inserção dos imigrantes brasileiros na França e para tanto será usado o material obtido a partir das entrevistas efetuadas. Algumas das experiências migratórias foram selecionadas de forma a referenciar uma reflexão sobre os obstáculos para a “integração” dos brasileiros na França, que resultam em comportamentos defensivos e, inclusive, orientam decisões de retorno ao Brasil.

Identidade e nacionalismo

Para pensar o lugar do estrangeiro na identidade nacional francesa será feita uma discussão sobre o Estado-Nação francês. Esse exercício se colocou como necessário na medida em que, do ponto de vista político, forças sociais francesas articulam um discurso que abastece uma relação conflituosa da França e do francês com aqueles que são estrangeiros e/ou imigrantes, ao classificá-los como uma ameaça à integridade da identidade nacional francesa (Maillot, 2008; Reis, 2006). Esses conflitos assumem maior relevância no contexto da globalização e do enfraquecimento do Estado-Nação, devido aos processos inversos de reinvenção do nacional que tendem a ser produzidos (Reis, 1997).

A reflexão sobre a ideia de nação e de sua identidade demanda um olhar para os processos que lhes deram origem. Hobsbawm (2005) discute o processo e os desafios inerentes à “confecção” da nação. Essa construção envolve aspectos objetivos, como, por exemplo, a uniformidade linguística, mas também evoca dimensões subjetivas, como se nota nos elos simbólicos e ideológicos que vinculam os indivíduos à nação.

A adesão à identidade nacional articula-se, nessa perspectiva, ao processo de construção da nação e ao reconhecimento daqueles que a

integram, sendo uma forma de identidade compartilhada por um grupo. Como aponta Dubar (2009), as formas identitárias tradicionais, no sentido de serem mais antigas e ancestrais, são comunitárias porque se vinculam a uma convicção de que existem “agrupamentos” – definidos como “comunidades” – que cumprem funções importantes e que são relativamente imutáveis, tais como as “nações”: “esses grupos de pertencimento são considerados ... como fontes ‘essenciais’ da identidade” (Dubar, 2009, p. 15).

A questão que interessa é que o nacionalismo funciona como um processo identitário, isto é, serve à categorização de “si mesmo” e consequentemente dos “outros” (Dubar, 2009). A dinâmica pode ser particularmente conflituosa no contexto contemporâneo, o que perturba as formas de identificação pessoal e, segundo Dubar, engendra uma vivência marcada pela “crise das identidades”. Na medida em que a forma por meio da qual os indivíduos definem a “si mesmos” é abalada, compromete-se também a sua autoimagem e a sua autoestima; e uma das alternativas que os indivíduos encontram para dar conta desta “crise” é, na perspectiva de Dubar, um retorno às origens, um processo que tende a revalorizar nostalgicamente antigas formas de identificação – como a nacional – e fomentar uma busca das causas do problema, fato que de modo geral leva à culpabilização do “outro”. É nesse cenário que a relação que se tem com o “estrangeiro” – e por consequência com a imigração e com os imigrantes – torna-se, em um quadro geral de crise, potencialmente crítica, fomentando estigmas sobre o “outro”.

A construção da nação é um processo articulado a uma homogeneização: ter o mesmo passado, falar a mesma língua, partilhar os mesmos mitos. Aqueles que se reconhecem nesses elementos e são por eles reconhecidos serão incluídos na nação e terão o *status* de cidadão. É por isso que segundo Blanc-Chaléard (2001) a construção política que engendrou a nação no final do século XVIII está intimamente associada à transformação das pessoas em cidadãos, detentores de uma nacionalidade compartilhada. Essa identificação identitária – pertencer àquela nação – engendra o nacionalismo que em contextos de crise e/ou de perigo toma a figura do estrangeiro como sendo o potencial inimigo (Blanc-Chaléard, 2001). Em outras palavras, a formação nacional é um processo de inclusão – pela necessidade de agregar diferentes povos e culturas e dar-lhes um senso

de totalidade – e simultaneamente um processo de exclusão, ao compor os filtros que definem aqueles que não serão integrados.

De acordo com Sanchez-Mazas (2004), a problemática da xenofobia (enquanto racismo em relação ao estrangeiro) situa-se exatamente no contexto dos Estados-Nação, da exaltação de um “senso nacional” e da invenção da ideia de nação. A modernidade tem, como aponta a autora, processos sociais específicos de inclusão e exclusão, que dependem de como a alteridade é vivenciada. A noção de alteridade coloca-se na perspectiva de Sanchez-Mazas como parte da construção social do “outro”, pensada sempre a partir de uma determinada visão de mundo e que reforça os limites construídos para aquilo que se reconhece como sendo “si mesmo”. Essa reflexão tem implicações importantes na medida em que o entendimento desses processos sociais evidencia como sociedades que receberam imigrantes transformaram o “estrangeiro” em “outro” e, enquanto tal, este se torna necessariamente um excluído. A autora define como “paradoxo da alteridade” a impossibilidade de que o “outro” seja visto como “ele é” – isto é, como “outro” – e também que seja visto como “um de nós”. Por consequência, a apropriação do “outro” é feita a partir de sua exclusão e não por sua assimilação (Sanchez-Mazas, 2004).

Muitas vezes o reconhecimento jurídico do estrangeiro – quando este é naturalizado cidadão nacional do país de acolhimento ou mesmo quando este possui documentação que regulariza sua permanência e sua atividade no país – não implica necessariamente em reconhecimento social. Isso ocorre porque há processos sociais que cristalizam o “estrangeiro” como sendo a expressão do “outro” e, assim, não é possível valorizá-lo (Sanchez-Mazas, 2004).

A dimensão por vezes contraditória entre reconhecimento jurídico e reconhecimento social apareceu em algumas das entrevistas realizadas para esta pesquisa quando se perguntou aos imigrantes ou ex-imigrantes brasileiros sobre como se sentiam sendo “estrangeiros” vivendo na França. Serão exploradas algumas situações sobre esse aspecto do reconhecimento social negado nos casos que foram expostos por dois entrevistados (Margareth e Augusto) e que são ilustrativos da discussão teórica apresentada acima.

No depoimento de Margareth, ela insistiu, em mais uma passagem, no fato de que precisou reagir em diversas ocasiões (no ambiente de tra-

balho, na relação com vizinhos e na escola dos filhos) frente às discriminações sentidas. De acordo com essa entrevistada, a reação através de respostas ou atitudes “mais firmes” era necessária, pois apenas dessa forma: “eles [os franceses] entendem que você tem um valor também, porque senão eles acham que eles podem tudo” (Margareth em entrevista realizada em 23/06/2011). Durante a estada na França, Margareth (e toda sua família) pediu e obteve nacionalidade francesa, no entanto, ela foi incisiva na denúncia de que o reconhecimento jurídico não se traduziu em reconhecimento social. Abaixo segue um trecho de sua entrevista, no qual ela abordou o assunto:

uma vez numa festa escolar, que [eu] estava, eles tiraram as carteiras do meio da sala, ... estava tendo uma apresentação lá ... Aí, precisava puxar umas mesas e a Ana [brasileira naturalizada francesa, filha da entrevistada] estava perto da mesa que eles queriam puxar. ... Aí, eu escutei ele [um francês, professor da escola da Ana] falando, eu estava sentada assim, escutei ele falando, ‘chama aquela, ah, ah, a menina lá, a brasileira’. Eu olhei pra ele assim fiquei encarando ele. A brasileira! [tom de raiva] Porque pra eles quando fala assim, a brasileira, não é carinhoso, é discriminatório. Porque eles não falam chama ‘a francesa’, entendeu? ... Ela tem nacionalidade francesa, mas ela vai ser sempre “a brasileira”. (Margareth em entrevista realizada em 23/06/2011)

Outro episódio crítico foi relatado por Augusto, que vivenciou uma situação de racismo que o levou inclusive a registrar queixa na polícia. Augusto contou que estava dando aula de percussão em uma sala disponibilizada pela prefeitura de uma pequena cidade no sul da França. Segundo sua narrativa, eram seis alunos e, como a sala era pequena, o pequeno grupo saiu para o exterior, mantendo-se à frente da mesma. Pouco tempo depois, teria chegado um vigia do local dizendo que era para o grupo parar com aquele barulho e ameaçou atirar em Augusto, que respondeu argumentando sobre a situação. Outro vigilante se reuniu a eles na sequência e disse a Augusto que ele deveria “*rentrer chez toi*”. Além da ameaça violenta do primeiro vigia, a fala do segundo funcionário também foi extremamente agressiva porque, além de sugerir que Augusto, enquanto estrangeiro, deveria “voltar para casa”, o uso da segunda pessoa do singular⁸, nesse caso, é um indício de recusa de estima – para usar o léxico de

⁸ Na França é costume e sinal de respeito que o tratamento entre desconhecidos ou em espaços públicos seja feito com a segunda pessoa do plural “vós” e nunca “tu”.

Sanchez-Mazas (2004). A fala foi, então, duplamente desrespeitosa, tanto pelo conteúdo quanto pela forma. Segundo a narrativa de Augusto, ele reagiu argumentando que era francês (ele tem a cidadania francesa por meio de naturalização) e acusou o vigia de ser racista. Para resumir esse caso, a aula foi interrompida e Augusto foi à polícia para registrar a ocorrência. No atendimento policial, Augusto teria sido desestimulado a formalizar a queixa, mas ele o fez. Na ocasião em que concedeu a entrevista, o conflito havia envolvido o diretor do gabinete municipal e Augusto estava decidido a levar o processo adiante apesar de ter sido desencorajado pelos funcionários da polícia e da prefeitura.

A França e seus “estrangeiros/imigrantes”

Ainda que a França seja indubitavelmente um país de imigração (Noiriel, 2006; Rea & Tripier, 2008; Weil, 2004), tal aspecto não teria se consolidado junto ao imaginário social que concebeu a identidade nacional do país, como teria ocorrido, por exemplo, nos Estados Unidos (Noiriel, 2006). Inclusive esse é o argumento de Noiriel para entender por que a história da imigração na França seria um “ponto cego” da historiografia francesa, um tema desconsiderado na construção da memória nacional. Rea e Tripier (2008) mencionam esse mesmo aspecto, mas traduzem o processo no que chamam de uma “negação de memória”, usando o mesmo argumento para justificar a pouca atenção que o assunto teria recebido pela sociologia francesa. Simon (2006) pondera que durante muito tempo vigorou essa “estranha amnésia” – expressão do autor – sobre o papel da migração para a formação da sociedade francesa. No entanto, este último reconheceu uma mudança de perspectiva, que na sua visão se dá por causa do aumento das pesquisas históricas sobre o tema e do projeto de criação de um museu nacional dedicado ao assunto⁹.

É nesse sentido que a questão da imigração na França é permeada de conflitos e omissões que servem para fomentar ainda mais seu caráter de “problema”. Em comparação a outras nações europeias, a França

⁹ O museu ao qual o autor refere-se é o “Cité Nationale de l’Histoire de l’Immigration”, aberto em outubro de 2007, em Paris, no “Palais de la Porte Dorée”. Maillot (2008) alega que o custo de vinte milhões de euros mostra a importância dada ao projeto, mas inicia seu livro dizendo que o referido museu foi inaugurado na “maior discórdia”, sem a presença do então presidente, nem do ministro encarregado do assunto.

apresenta uma singularidade por ser, segundo Blanc-Chaléard (2001), um país de imigração em um continente de emigrantes. De acordo com Green (2002), a demografia teve um papel importante para o entendimento da imigração no país, em razão da demanda de trabalhadores dada à baixa taxa de natalidade. A autora faz referência à “angústia demográfica” dada a diminuição do crescimento da taxa de fecundidade que começou na segunda metade do século XIX. As perdas com a primeira guerra e os impactos do pós-segunda guerra fizeram com que a demografia continuasse a ser um emblema da situação francesa.

Assim, o déficit demográfico que afetava a oferta de trabalhadores desde o final do século XIX impulsionou políticas de atração de trabalhadores estrangeiros que, como aponta Weil (2004), se centrou num fluxo de vizinhos, com a imigração de trabalhadores belgas, suíços, alemães, entre outros. O fenômeno assumiu grandes proporções nas primeiras décadas do século XX. Segundo Blanc-Chaléard (2001), em 1931 foram contabilizados 3 milhões de estrangeiros na França, ou 6,6% da população total, um crescimento significativo em relação aos dados de 1911, quando os estrangeiros representavam 3% da população total da França.

A crise econômica dos anos 1930 reverberou em um protecionismo da mão de obra nacional, inclusive sendo palco da manifestação da xenofobia por parte dos trabalhadores franceses; com registro de expulsões massivas no período 1932-1935 (Blanc-Chaléard, 2001).

O período do governo Vichy, durante a ocupação nazista, registrou também uma diminuição na porosidade das fronteiras francesas, mas o freio foi revertido após 1945, quando novamente a França instituiu uma política de imigração aberta, para atrair a força de trabalho essencial para a reconstrução do país (Green, 2002). O Office National d’Immigration (ONI)¹⁰ foi criado em 1946 exatamente para organizar o recrutamento de trabalhadores estrangeiros e os processos de assimilação e de repatriamento relacionados (Weil, 2004).

A imigração tornou-se uma prioridade durante o governo provisório do general Charles de Gaulle (1944-1946) e no “espírito da libertação”, segundo Blanc-Chaléard (2001), foi recusada a seleção étnica na política de

¹⁰ Em 1987 o antigo ONI transformou-se no Escritório das Imigrações Internacionais, mudança executada já num contexto de reversão da política migratória.

imigração adotada pelo país, que se visualiza no primeiro código de imigração através das ordenanças de 1945. Apesar do aparato jurídico (política migratória) e institucional (criação do ONI), os fluxos que entram sob tais controles foram tímidos e, de acordo com Blanc-Chaléard, foi a imigração argelina que mais aumentou, um fluxo que não passava pelo ONI e que dessa forma não foi controlado, inclusive porque um estatuto em 1947 liberou a circulação de argelinos em território francês metropolitano.

O período que vai de 1945 a 1975 é conhecido como os “trinta anos gloriosos da imigração” na história da França (Blanc-Chaléard, 2001; Tapinos, 1992). O crescimento econômico expressivo dos anos 1960 generalizou a necessidade de trabalhadores para toda a Europa, apesar de se manter a crença também partilhada de que a imigração seria temporária, pois como apontam Rea e Tripier (2008), a representação dominante na Europa sobre o trabalhador migrante é a do *Gastarbeiter*, que as autoras traduzem para o inglês como “wanted, but not welcome” (p. 90).

O ano de 1974 marcou uma ruptura da política migratória aberta, com a suspensão oficial da imigração, devido à mudança do cenário econômico e à previsão de crise com o choque do petróleo em 1973 (Blanc-Chaléard, 2001).

De acordo com Sayad (1998), a economia francesa mudou sua condição, a sociedade e a cultura francesa transformaram-se, assim como os imigrantes. O resultado foi o fim da “ilusão coletiva da imigração provisória” (Sayad, 1998). A partir daí, a questão da imigração na França assumiu outro contorno.

O aumento dos níveis de desemprego dados os efeitos da reestruturação produtiva e da recessão econômica internacional potencializou o fortalecimento do racismo na França que, segundo Blanc-Chaléard (2001), já se manifestava desde meados dos anos 1960 de forma silenciosa.

Em 1981, François Mitterrand assumiu a presidência e, sob o governo socialista, a gestão da política migratória foi menos ortodoxa. Não obstante, o agravamento da crise econômica e social, que reverberou no aparecimento do desemprego de longa duração – segundo Blanc-Chaléard, em 1982, a França registrou 2 milhões de desempregados –, municiou a violência social e fez explodir o racismo. Um processo no qual a crise de identidade ressoa na relação de alteridade:

É bem conhecida uma das formas que assumiu esse recurso ao bode expiatório na França dos anos 1980: o racismo, a xenofobia, o ‘ódio ao árabe’, aquele que ‘vem pegar nosso pão’, que ‘vive de alocações sobre nossas costas’, que ‘bombeia nosso ar’ e nos agride com ‘seus ruídos, seus odores, seus costumes’. (Dubar, 2009, p. 200)

É exatamente nessa época que o *Front National* – partido francês de extrema direita – ganhou destaque na política francesa, tendo como pilar essencial um discurso político sobre a imigração que acabou por obrigar todos os demais partidos a se posicionar sobre o assunto; como resultado, o fechamento das fronteiras tornou-se um objetivo comum. (Blanc-Chaléard, 2001)

De 1995 a 2012 a presidência da França ficou a cargo de partidos de direita. Tais governos deram sequência ao fechamento das fronteiras e investiram particularmente no combate à imigração irregular. De acordo com as entrevistas realizadas, alguns brasileiros realmente encontraram empecilhos para a obtenção ou renovação de seus vistos. As reclamações sobre o atendimento recebido pelos funcionários dos órgãos públicos foram recorrentes, inclusive nos casos de imigrantes que são, a princípio, bem-vindos pela política migratória – como os casos de trabalhadores qualificados.

“Integração” à la française

No âmbito dos estudos migratórios, as pesquisas clássicas da chamada Escola de Chicago abordaram os processos culturais engendrados pela imigração, enfatizando os aspectos étnicos e os conflitos daí resultantes, fazendo uso de termos, como assimilação, fusão de culturas, americanização, a ideia do *melting pot* – da nação que se faz pela integração da diversidade na unidade nacional (Park & Burgess, 2009). Posteriormente, o chamado modelo clássico de adaptação de imigrante foi criticado pelo seu caráter dominante, acusado de promover etnocídio, na medida em que preconizava uma completa assimilação dos imigrantes pela sociedade de destino, resultando em perda dos valores e dos costumes de suas respectivas sociedades de origem (Schnapper, 2007).

Os estudos sobre a adaptação dos imigrantes começaram muito mais tarde na França, em comparação aos Estados Unidos. Segundo Schnapper (2007), foi porque o “projeto de integração republicana” ao criar a “ficção da igualdade entre os cidadãos” fazia ilegítimo o tema da integração do imigrante. Nesse sentido, revela-se a tradição “assimilacionista” do modelo francês, que foi colocado em cheque principalmente no último quartel do século XX, quando a suspensão oficial da política de imigração alterou a composição do fluxo, levando ao aumento expressivo da modalidade de reagrupamento familiar e à evidência de que os imigrantes iriam ficar “para sempre”.

Como uma sociedade de imigração, a França precisou criar mecanismos para forjar a unidade política nacional tendo em vista a diversidade de origem dos seus cidadãos. Para “incorporar” a população estrangeira junto à sociedade francesa, foram adotadas políticas de integração nas últimas décadas (Schnapper, 2007). Uma prova desse esforço está na instituição do “Alto Conselho para a Integração” (originalmente, *Haut Conseil à l’intégration – HCI*). O referido Conselho foi criado por decreto em 1989 e tem por objetivo elaborar análises e sugerir encaminhamentos políticos no que se refere ao conjunto das questões relativas à integração dos residentes estrangeiros ou de origem estrangeira. O Conselho é composto por cerca de 20 membros, que exercem funções variadas (políticos, jornalistas, cientistas, entre outros) e que elaboram relatórios anuais. O primeiro, lançado em 1991, foi intitulado “Por um modelo francês de integração”¹¹ e apresenta concepções que deveriam orientar os gestores públicos na definição de políticas voltadas à integração. Um aspecto interessante do relatório é a explicitação de uma definição de integração, que não significa assimilar, nem inserir:

O Alto Conselho considera que é necessário conceber a integração não como uma espécie de meio-termo entre assimilação e integração, mas sim como um processo específico: por esse processo busca-se incentivar a participação ativa de indivíduos variados e diferentes junto à sociedade nacional e, ao mesmo tempo, aceitando a preservação de características culturais, sociais e morais específicas e tomando como verdade que o conjunto é enriquecido por esta diversidade e complexidade. Sem negar as diferenças, sabendo tomá-las em consideração sem as exaltar, é sobre

¹¹ Original em francês: “Pour un modèle français d’intégration”.

as semelhanças e convergências que uma política de integração chama a atenção, ao fim, para a igualdade dos direitos e das obrigações, para tornar solidários os diferentes componentes étnicos e culturais de nossa sociedade e para dar a todos, independentemente de sua origem, a oportunidade de viver nesta sociedade, da qual ele aceitou as regras e da qual ele se torna um elemento constituinte”. (Haut Conseil à l’Intégration - HCI., 1991, p. 18, tradução nossa)¹²

De acordo com o relatório, a assimilação enfatiza a unidade da comunidade nacional, enquanto a inserção refere-se às condições de acolhimento dos estrangeiros, mas com a manutenção dos laços com a origem. Nesse sentido, a integração distingue-se das duas por ser um processo que garante a escolha e a participação dos novos membros na comunidade nacional (Haut Conseil à l’Intégration, 1991). A política voltada para tal fim implica na possibilidade de adesão de todos a um mínimo de valores comuns e a aceitação de um quadro de referência compartilhado a despeito das diferenças que possam existir.

Tanto o debate sobre a questão política/midiática (Maillot, 2008; Stoicea-Deram, 2009) como as reflexões suscitadas por pesquisas (Blanc-Chaléard, 2001; Schnapper, 2007) têm apontado para a construção de uma representação generalizada da questão da “integração” como um “problema”, assim como a própria imigração foi e é pensada nesses termos. A mesma dinâmica de não reconhecimento do “outro” enquanto “estrangeiro” coloca-se diante do “outro” como “imigrante”:

A insistência sobre esse ‘problema de integração’ também tem seus efeitos negativos. Veiculada por políticas onerosas, o dever de integração tornou-se uma nova obrigação para os jovens frutos da imigração e uma fonte de estigmatização suplementar para aqueles que são de-

¹² No original: “Le Haut Conseil estime qu’il faut concevoir l’intégration non comme une sorte de voie moyenne entre l’assimilation et l’insertion, mais comme un processus spécifique : par ce processus il s’agit de susciter la participation active à la société nationale d’éléments variés et différents, tout en acceptant la subsistance de spécificités culturelles, sociales et morales et en tenant pour vrai que l’ensemble s’enrichit de cette variété et de cette complexité. Sans nier les différences, en sachant les prendre en compte sans les exalter, c’est sur les ressemblances et les convergences qu’une politique d’intégration met l’accent, afin, dans l’égalité des droits et des obligations, de rendre solidaires les différentes composantes ethniques et culturelles de notre société et de donner à chacun, quelle que soit son origine, la possibilité de vivre dans cette société dont il a accepté les règles et dont il devient un élément constituant.” (Haut Conseil à l’Intégration, 1991, p. 18).

signados como ‘mal integrados’. (Blanc-Chaléard, 2001, p. 93, tradução nossa)¹³

Para Elias e Scotson (2000), a sociodinâmica da estigmatização é um processo que nasce de relações sociais estabelecidas entre grupos com poder diferenciado. Nesses casos, os grupos mais poderosos tendem a construir uma autoimagem de superioridade frente aos outros e a engendrar estigmas sobre eles. Os autores reforçam que não se trata de preconceito, porque não é um processo relacionado ao indivíduo. A estigmatização advém de condicionantes estruturais: “um grupo só pode estigmatizar outro com eficácia quando está bem instalado em posições de poder das quais o grupo estigmatizado é excluído” (Elias & Scotson, 2000, p. 23).

Quando se pensa a identidade cultural e o sentimento nacionalista, a forma de identificação e pertencimento a um determinado grupo constrói também as formas de identificação e de exclusão dos “outros” (Dubar, 2009; Sanchez-Mazas, 2004). Ou seja, as fronteiras que limitam os “nacionais” também estabelecem os “forasteiros”. Se considerarmos a contribuição de Elias e Scotson, cidadãos nacionais e estrangeiros/imigrantes são grupos sociais distintos, cujas relações estão permeadas por relações desiguais de poder, particularmente porque os “estrangeiros/imigrantes” estão em um território que na concepção do “cidadão nacional” pertence a “ele” e não ao “outro”.

Essa desigualdade nos níveis de poder (que pode ser objetiva devido à condição jurídica do estrangeiro ou apenas simbólica quando ele adquiriu a cidadania francesa) de dois grupos que se encontram é semelhante àquela que Elias e Scotson entenderam ser condições capazes de instituir processos sociais de estigmatização. No estudo de caso dos autores os grupos diferenciavam-se pelo tempo de residência num determinado local, os mais antigos e os “novos” moradores. A nação e o sentimento nacionalista, por sua vez, criam as diferenças entre os cidadãos nacionais e aqueles que lhes são “estranhos”.

Na prática, essa dinâmica de produção de estigmas tende a fortalecer lógicas xenófobas. Isso pode ser percebido no contexto francês, quan-

¹³ No original: “L’insistence sur ce ‘problème de l’intégration’ a aussi ses effets pervers. Relayé par des politiques coûteuses, le devoir d’intégration est devenu une nouvelle obligation pour les jeunes issus de l’immigration et la source d’une stigmatisation supplémentaire, pour ceux qu’on designe comme ‘mal intégrés.’” (Blanc-Chaléard, 2001, p. 93).

do o discurso anti-imigração e anti-imigrante é usado politicamente para abastecer a integração da sociedade, passando pela exclusão dos estrangeiros/imigrantes (Sanchez-Mazas, 2004).

Quando o estrangeiro tem a cidadania francesa porque foi naturalizado ou porque nasceu na França (afinal seus avós ou pais vieram de fora, mas eles estão supostamente “em casa”), ele perde o estatuto de estrangeiro, mas pode continuar sendo visto como “outro”. A estima lhe é negada porque não soube ou não quis compartilhar essa identidade, já que o imigrante poderia ter se “integrado”, mas ele não o fez.

Diversos imigrantes brasileiros entrevistados, particularmente aqueles que vivem na França há alguns anos, mostraram ter ciência, através de seus depoimentos, de como “funciona” o processo de integração na França. A percepção de que se integrar é uma condição importante para “viver bem” sendo um “estrangeiro/imigrante na França” parece ter funcionado a favor destes brasileiros, que encontraram relativo conforto na condição estrangeira/imigrante, tal como foi evocado pelas narrativas:

Porque estrangeiro, pra eles, de estrangeiro, é, assim, falando eles estranham um pouco. Mas quando fala que é brasileiro a coisa já muda. E tem uma outra história do francês, que ele gosta que a gente adote o sistema deles. Que a gente assimile a cultura deles. Então, essa questão de integração... Aí você não tem problema nenhum. Eu nunca tive nenhum tipo de problema, nem nada. Agora, eu sempre procurei... Porque o problema é o seguinte, eu conheço pessoas que chegaram aqui, tem ilegais, tem de tudo, né? ... Mas nunca foi o meu caso. (Plínio, em entrevista realizada em 08/08/2012)

Ninguém te olha porque você é morena, ou porque você é de outro país, ou você... Aqui, eu acho, o preconceito maior é cultural. Você tem que ser inserido na cultura deles. Tem que ser culturalmente no mesmo nível. Aqui você não tem, acho, o preconceito não é pela religião, pelo país de onde você veio, pela cor, por nada... Eles são preconceituosos em relação à cultura ... quando você não aceita os costumes deles, quando você culturalmente não entende nada A maioria fala, ah, africano, o... Aquele pessoal que usa véu... Eu acho que não é... Eles têm preconceito da onde [sic] eles vêm, mas eles não aceitam a cultura, de não se inserirem na cultura francesa [sic]. E com o brasileiro não tem esse problema, porque o brasileiro se adapta a

qualquer coisa. Eu acho que isso é uma facilidade. A gente não tem uma cultura arraigada que a gente procura preservar. A gente se adapta à cultura de outro país. E acho que por isso é mais fácil pra gente... Então, eu nunca senti assim, falar de preconceito. (Tânia, em entrevista realizada em 27/09/2012)

Embora eu more há quatro anos na França, você sente que tem uma certa maneira de ser francês, de falar francês, que é difícil de a... Que difícil a um estrangeiro [sic] de entrar nessa cultura, né? Que eles têm uma lógica muito assimilacionista, né, os franceses. Não são como os canadenses, que são mais multicultural, multiculturais; ou, ou os brasileiros, que são mais integracionistas ... um pouco a lógica do caniba..., canibalismo cultural. Na França você tem que jogar com... você tem que entrar na regra do jogo da França. E pouco importa se você é estrangeiro ou não. Mas uma vez que você entra na regra do jogo você é aceito. (Gustavo, em entrevista realizada em 15/08/2012)

Formas e processos de “integração” dos brasileiros na França

As representações do Brasil e dos brasileiros na França, que vieram à tona nas entrevistas realizadas, dão indícios que os brasileiros não são tão “invisíveis” e, nesse sentido, trazem elementos frutíferos para embasar algumas reflexões sobre processos de “integração” e de discriminação que se referem aos imigrantes brasileiros na França.

Existem relações históricas e específicas entre o Brasil e a França que parecem ter servido para alimentar representações dos brasileiros sobre a França e de franceses sobre o Brasil. Elas podem ser classificadas como amistosas e, a princípio, configuram um encontro harmonioso entre franceses e brasileiros (Carelli, 1994; Tavares, 1979). No entanto, em uma análise mais atenta é possível encontrar evidências de que os percursos de integração dos imigrantes brasileiros à sociedade francesa estão permeados por obstáculos que, evidentemente, não são os mesmos para todos os tipos de imigrantes.

Segundo González (2007), os latino-americanos são associados aos chilenos para muitos franceses, dado que essa seria uma comunidade vi-

sível e vista como bem integrada pela sociedade francesa¹⁴. No entanto, o mesmo não se aplicaria aos imigrantes andinos na França, um fluxo associado inclusive à proximidade com a Espanha. Essa aparente “invisibilidade” dos andinos não significa, de acordo com a autora, que eles estão integrados à sociedade francesa, ao contrário, eles estariam “se virando como podem”, ou em outras palavras, o reverso de integração.

A autora não contempla o caso do Brasil em seu texto, mas ainda que haja muito desconhecimento sobre o país, existe um conjunto de representações em torno do Brasil e dos brasileiros impregnado em muitos franceses e que tende a compor os elementos que são mais difundidos pela mídia francesa. Se os conteúdos dessa imagem foram restritos aos estereótipos dos trópicos (calor, praias, caipirinha, samba e futebol), nos últimos anos vem sendo também associados à política e à economia do país¹⁵. Ainda que alguns entrevistados tenham mencionado tal mudança no olhar da França sobre o Brasil, existem estereótipos sobre o Brasil, o brasileiro e a brasileira que se mantêm e que podem gerar sentimentos de discriminação.

*Le Brésil n'est pas un pays sérieux*¹⁶

Ao analisar os “cruzamentos culturais” entre o Brasil e a França, Carelli registra que, ainda na introdução de seu livro, as representações

¹⁴ A presença de chilenos na França começou com um fluxo de refugiados do regime ditatorial naquele país, sendo que uma parcela da população teria permanecido na França após a restauração democrática, e esta seria representada como a “migração tradicional” originária do Cone Sul, de acordo com González (2007).

¹⁵ Em 2010, a revista de economia chamada *L'Expansion* dedicou um número especial ao Brasil, intitulado “Brasil, o novo eldorado francês”, cuja foto de capa era a estátua do Cristo Redentor na cidade do Rio de Janeiro segurando uma bandeira da França, na qual se viam logotipos de empresas francesas. Outra revista de política e atualidade, a *Les Inrockuptibles*, colocou naquele mesmo ano o Lula, ex-presidente do Brasil, com a chamada “Brasil, o país em que a esquerda venceu”.

¹⁶ A frase “O Brasil não é um país sério” faz referência a uma antiga querela no âmbito das relações franco-brasileiras, pois teria sido veiculada como pronunciada pelo então presidente francês De Gaulle, no início dos anos 1960, quando havia conflitos diplomáticos entre os dois países devido à prática de pesca, por franceses, em território marinho brasileiro (Souza, 1979). É possível encontrar artigos de revistas não acadêmicas francesas – como a *L'Express* e a *Le Point* – que fazem referência a tal frase como sendo de autoria de De Gaulle. No entanto, o embaixador do Brasil na França na época, Carlos Alves de Souza, em seu livro de memórias, esclarece que a frase foi dita por ele próprio e que o referido ex-presidente francês jamais teria sido seu autor (Souza, 1979, p. 317). No entanto, independentemente dos fatos, o que importa é o uso de certa forma frequente da frase e a representação do Brasil que ela veicula.

franco-brasileiras são assimétricas e marcadas por estereótipos que alcançam eventualmente dimensões míticas, dado que “as imagens do Brasil amalgamam-se na França em torno de clichês bastante grosseiros (o Brasil como o país do futebol, do carnaval ou da mulata...) nascidos ... da nostalgia do paraíso perdido e de uma consciência difusa da superioridade de um país de civilização mais sedimentada” (Carelli, 1994, p. 20).

Em grande medida, as imagens francesas sobre o Brasil estão ligadas com o contexto da descoberta do “Novo Mundo” e todo o leque de representações e ideais produzido naquele contexto de um “imaginário exótico pré-romântico” e é por isso, segundo Carelli, que o olhar francês sobre o Brasil evoca a feliz viagem de iniciação ao encontro do “todo-outro”. Isso porque nesse imaginário a figura do “bom selvagem” é o protagonista de um filme cujo cenário é composto por “praias”, “sombra de coqueiros”, “mulatas”, “alegria de viver” (Carelli, 1994).

Nesse arranjo foi se consolidando uma tradição francesa na qual o Brasil é visto de forma pitoresca como “um jovem país exótico em vias de modernização”, evocando um etnocentrismo que não reconhece o “outro”, porém lhe “nega a xenofobia explícita” (Carelli, 1994, pp. 183-184). As palavras de alguns entrevistados para enfatizar como os brasileiros são bem vistos de forma geral são elucidativas da relação de alteridade marcada por clichês:

Nós somos os exóticos, né, e dentro deste contexto do exotismo, eles são apaixonados pela música, pela comida, pela bebida, pela alegria, pela forma de viver. Então, eles são muito abertos. A melhor carta de visita pra quem chega aqui, pro brasileiro que chega aqui, que todo mundo fala “ah, mas eu não falo a língua”. Não precisa! Chega pra eles assim, tem aquela frase, que é, você decora isso que você vai se dar bem “pardon, je ne parle pas français, je suis brésilienne” [em português: “perdão, eu não falo francês, eu sou brasileira”] [risos] As portas se abrem! (Ivone, em entrevista realizada em 29/05/2012)

Brasileiro é exótico, fala que é brasileiro “Ah, samba, carnaval, futebol, Pelé, Ronaldo, Ronaldinho...”, é sempre exótico né?... o europeu gosta da cultura brasileira, o europeu adora o Brasil. (Rômulo, em entrevista realizada em 28/05/2012)

A imagem do brasileiro foi analisada por Rego e Christiano (2012) em quatro esquetes humorísticas que tinham o Brasil e/ou o brasileiro como tema central. Duas delas foram realizações portuguesas e duas francesas. Apesar das diferenças, identificam três estereótipos explorados nos programas dos dois países em questão. A primeira marca refere-se à homossexualidade e transexualidade. Depois citam a questão da promiscuidade ou de uma sexualidade “naturalmente” exacerbada¹⁷. Por último, comentam a questão da língua e dos clichês construídos em cima do sotaque brasileiro, tanto na pronúncia do português quanto do francês. Os autores fazem referência a dois aspectos presentes nos programas franceses sobre os brasileiros, mas que estão ausentes no caso português. Primeiramente, a imagem física. Para os franceses, os brasileiros são sempre bronzeados e possuem cabelos encaracolados. São “fanáticos” por futebol, sendo este o único interesse do brasileiro. Tanto que um dos quadros analisados é uma emissão jornalística brasileira cujo tema exclusivo é o futebol, como se nada mais importasse¹⁸. O jornal televisivo é encerrado com a notícia de um terremoto na capital brasileira que teria deixado mil mortos, mas o “apresentador” logo tranquiliza o público dizendo que apesar disso, o jogo de futebol previsto para o próximo domingo não seria comprometido.

A imagem desqualificada do Brasil como “um país que não é sério” apareceu, por exemplo, quando uma fisioterapeuta brasileira fazia um estágio em um hospital francês no âmbito da especialização que cursava na França:

eu tive um momento ruim quando eu tava na especialização, eu fui fazer estágio e que as fisioterapeutas, eram bem mais velhas, assim, uns 45 anos, trabalhavam no hospital, e eu fui fazer estágio com elas. ... eu mudei de hospital, porque eu não conseguia ficar lá, que a fisioterapeuta virou para mim e perguntou: “como a gente fazia a fisioterapia aqui no Brasil, se a gente dançava pros pacientes?!”. [tom de indignação] (Daniela, em entrevista realizada em 14/04/2011)

¹⁷ Esse aspecto, de que há uma predisposição “natural” ao sexo, afeta mais as mulheres brasileiras do que os homens. O imaginário francês em torno da mulher brasileira foi discutido por Amorim (2009). A denúncia da existência de estereótipos repercutindo na vida das brasileiras foi narrada por várias entrevistadas, que apontaram essa questão como uma fonte frequente de mal-estar e problemas. Em Almeida (2013), encontra-se uma leitura um pouco mais aprofundada sobre esse aspecto.

¹⁸ Essa esquete em particular tem um pouco menos do que dois minutos e está disponível no seguinte sítio eletrônico: <http://www.youtube.com/watch?v=hsRX7WwcpfA>.

No entanto, há casos em que os estereótipos não incomodam, tal como se percebe pela declaração de Bernardo:

*Eu encontrei com **muitos** franceses. O primeiro encontro com francês foi a tradutora, que me levou pra casa dela e me acolheu [refere-se a sua experiência de ter sido detido pela polícia francesa]. Então, eu bem conheço tanto deles aqui. São **super** gentis. Quando... “Ah, cê é brasileiro?!” *Aí, conversa... E, pra eles, brasileiro, Brasil se resume em samba, carnaval, favela... [rindo] aí... E futebol. E mulher. [Pausa] Mas são **super** gentil. Eu não tenho nada a falar que os franceses são racistas... Não. Nunca fui discriminado por ser brasileiro. **Nunca** fui. ... Eles me recebem muito bem.* (Bernardo, em entrevista realizada em 22/09/2012. Grifos nossos para indicar ênfases da fala)*

Em relação à questão dos clichês, é preciso mencionar também o uso estratégico que os brasileiros e as brasileiras podem fazer acerca dos estereótipos estabelecidos. É dessa forma que, para as mulheres transexuais que trabalham no mercado do sexo, ser brasileira é um trunfo, porque elas se transformam na “fantasia que pode virar realidade”. De forma totalmente diferente, esse tipo de discriminação de efeito “positivo” aplica-se também à situação de artistas brasileiros na França. Luiz, 44 anos, vive na França desde 2004. Declarou que aprendeu a “desencanar” de ser estrangeiro, disse que não se sente discriminado, mencionando o fato de ser “branquinho” e de ser “músico”. Abaixo reproduzo trecho de um músico negro brasileiro, no qual ele também disse não sentir discriminação:

O racismo está na cabeça, como se diz. ... Eu não tenho problema com racismo, não! Depende também com quem você anda, eu mesmo vou em lugares, assim, final de semana agora estou tocando num castelo ... toco em Mônaco, em vários lugares assim, como aí você vai tocar, é músico, então às vezes a relação é diferente. (César, em entrevista realizada em 02/07/2012)

Dessa forma, músicos e professores de capoeira podem se beneficiar dos estereótipos sobre o Brasil quando estão vivendo e trabalhando na França. Show de música brasileira, com músicos brasileiros e bailarinas brasileiras, é um “produto” que “agrada” e é bastante vendido e consumido enquanto tal, principalmente no sul da França durante o verão. Assim como noites de forró ou de rodas de samba em bares parisienses. O depoimento de Augusto, que é negro e professor de capoeira, abordou essa dimensão:

Então no meu caso sendo, vou falar só um exemplo em relação a minha integração na França, em relação, em relação ao fato de vir do Brasil e tudo o mais. Na verdade, antes da pessoa saber que eu sou brasileiro, ele me vê como afrodescendente, como negro. ... “Ah, é brasileiro, futebol, carnaval!”. Já olha, já é diferente. “Ah, capoeira! Que que é capoeira?”. Começa a olhar diferente e tal. Aí já melhora. Mas o primeiro contato nem sempre é interessante. (Augusto, em entrevista realizada em 24/05/2012)

Existe também uma parcela de brasileiros na França que se declarou como sendo muito bem “integrada”, pois estes imigrantes alegam que falam bem o idioma francês e vivem “dentro” da cultura francesa.

Outro fator a destacar é a recorrência com que ouvi dos entrevistados que os franceses gostam do Brasil e do brasileiro e que, por isso, os brasileiros que lá vivem não encontram muitos problemas, ao contrário, são geralmente muito bem recebidos. Essa “invisibilidade” da discriminação pode ser uma faceta do que alguns autores têm discutido em termos de negação da existência de racismo (Simai & Baeninger, 2012). A negação está ausente quando o assunto são os “árabes”¹⁹, como sendo este o grupo-alvo da xenofobia francesa. Vários brasileiros argumentaram que os franceses não discriminam os brasileiros porque eles se integraram à cultura francesa. Inclusive, alguns entrevistados disseram concordar que a imigração “de árabes” é um problema para a França. Transcrevo abaixo um desses depoimentos:

se eu fosse francesa, eu acho que eu também não ia querer os árabes ali por perto. Eles são super assim, eles tão morando lá, mas eles querem manter a cultura deles, o jeito deles, o que eles acham que está certo. E vão pra lá e pra cá com o véu, o homem na frente, a mulher atrás, e fazem o Ramadã... E fazem aquela bagunça. A única vez que eu vi um cara roubar era um árabe. Ele pôs a gasolina e se mandou sem pagar. (Mara, em entrevista realizada em 27/06/2011)

As percepções e opiniões dos imigrantes frente a sua experiência estrangeira são diversificadas, assim como são diversos os seus perfis, aspecto que evidencia o caráter heterogêneo da “comunidade” brasileira na França e revela a existência de distintas trajetórias que percorrem caminhos específicos rumo à inserção na sociedade de destino. Em diversos ca-

sos, os depoimentos dos entrevistados revelaram processos superpostos de “discriminação” e de “integração”.

Considerações finais

As experiências registradas pelas entrevistas mostram que a estabilidade jurídica da condição migratória não gera necessariamente sentimentos de acolhimento e pertencimento. As diferentes percepções e opiniões dos imigrantes frente a sua experiência estrangeira revelam a heterogeneidade dos “imigrantes” brasileiros na França e, nesse sentido, deixam entrever que existem diferentes formas de experimentar a “integração” e a “discriminação”.

Os estereótipos construídos sobre os “outros”, ao servir para rotulá-los, podem fomentar estigmas. De acordo com Goffman (1978), o indivíduo que é estigmatizado experimenta uma impossibilidade de ser plenamente aceito pelo meio social no qual o estigma foi engendrado, pois ele é marcado com um atributo depreciativo. Nesse sentido, há evidências de que a representação estigmatizada em torno do “imigrante” ou em torno do/a “brasileiro/a” pode implicar em limites para sua socialização ou, para usarmos os termos da política francesa, para o sucesso de sua “integração” junto à sociedade francesa. Isso ocorre, particularmente, quando o “imigrante” não aceita voluntariamente a posição em que é colocada pelo estigma e tende a incomodar os franceses na medida em que ultrapassa os limites que estes consideram aceitáveis. A aceitação voluntária do estigmatizado em manter-se dentro dos limites que os “normais” estabeleceram para ele cria, segundo Goffman (1978), uma cooperação tácita entre os dois grupos e que pode ser uma “solução” que o estigmatizado encontra para manter-se vinculado ao grupo.

Uma das entrevistadas, Marcela ocupava um posto importante na direção de uma empresa. Parece ser um exemplo dos limites ultrapassados, pois segundo sua narrativa, ela experimentou muitos desafios e, na sua avaliação, as dificuldades tiveram relação com o fato de ser mulher e de ser estrangeira. Apesar de ter suporte institucional (e jurídico) para manter-se na França, sua experiência como imigrante foi atravessada por uma série de constrangimentos. Seguem alguns trechos em que a entrevistada abordou o tema, inclusive para justificar sua decisão de retorno ao Brasil:

¹⁹ Expressão utilizada pelos entrevistados.

Marcela: *Porque eu acho que... É muito pesado ser estrangeiro aqui.* [Nesta parte da entrevista a voz da entrevistada soa mais grave e séria] *É muito difícil! Nesta região é muito difícil. Né... É... Realmente, estrangeiro aqui é visto como... Al, al, al... Alguém a combater; a excluir. É... Aqui dentro da minha fábrica – imagina! Pra eles tolerarem um RH estrangeiro! Eles tiveram que engolir seco, né, também. Não foi fácil pra eles. Mas pra mim também, não. Então, ah... Eu achei que foi muito esforço; deu certo. Mas o esforço foi meio sobre-humano. Então, assim: “vale a pena?” “Não!”* [Pausa breve. Entrevistada pigarreia]

Pesquisadora: *E o fato de você ser mulher, é, ser mulher, você acha que também...*

Marcela: *Eu acho que... É... Na percepção que eu tenho, mas aí é um sentimento, né... – meu marido concorda também com isso, e ele é homem, né. É... Ele... Eu acho que a França tem **muito** mais problema em relação à mulher do que o Brasil. **Muito** mais.*

Pesquisadora: *Não, porque eu nem faço um estudo de gênero, mas eu fico pensando, pensei porque daí soma duas coisas, né?*

Marcela: *É. Soma três: soma gênero, soma a, o fato de você ser estrangeiro... A origem, né. E, soma o fato da **função de origem**. Por quê? Porque é uma empresa de engenheiros, né, uma empresa, é uma **indústria**; e a função nobre aqui, é o engenheiro. Então, desde que você não é engenheiro, você é de segunda categoria.* [Marcela, em 20/08/2012. Grifos nossos.]

A pesquisa realizada evidenciou que existem diferentes processos sociais engendrando e sustentando o fluxo migratório Brasil-França. Esses processos sociais estão atrelados a distintos perfis de migrantes e de modalidades migratórias que repercutem em diversas formas de acesso ao reconhecimento social e jurídico (Almeida, 2013). Essas dinâmicas sociais revelaram experiências antagônicas e às vezes paradoxais da chamada “integração” e da “não integração”. Os casos de Marcela e de Bernardo elucidam em grande medida este aspecto. Marcela, como dito acima, é uma executiva que foi para a França em 2006 através de um vínculo empregatício junto a uma corporação privada francesa, o que a coloca no rol dos imigrantes “bem-vindos”, segundo os critérios da política migratória francesa. Seu estatuto profissional e sua condição jurídica (regularizada com um visto de trabalho) são evidências “objetivas” deste aspecto.

No entanto, sua experiência “subjetiva”, tal como narrada na entrevista, anunciou um caminho tortuoso rumo ao reconhecimento social, gerando-lhe um incômodo que a fez, inclusive, construir um projeto de retorno ao Brasil, efetivado em 2012.

Bernardo, por outro lado, chegou à França em 2008, trabalhava como pintor de paredes, não tinha documentos e tinha uma experiência de passagem pela polícia francesa, mas ele não tinha nenhuma reclamação sobre sua condição “estrangeira/imigrante”. Como ele narrou na entrevista concedida, os franceses “adoram o Brasil” e ele sempre foi “muito bem recebido”. Bernardo considera voltar um dia ao Brasil, quando tiver “uns 40 anos”. Considerando a idade que tinha quando concedeu a entrevista, isso significa ficar na França por mais 10 anos.

Ainda que não se pretenda, com esses exemplos, formular uma comparação, esses dois casos ilustram o argumento de que o processo de “integração” do brasileiro e da brasileira na França remete à complexidade das migrações internacionais contemporâneas e das transformações sociais, realidade que engendra processos sociais multifacetados.

Referências

- Almeida, G. M. R. (2013). Au revoir, Brésil: um estudo sobre a imigração brasileira na França após 1980. Tese de Doutorado, Programa de Pós-graduação em Sociologia, Universidade Estadual de Campinas, Campinas, SP.
- Blanc-Chaléard, M. C. (2001). Histoire de l’immigration. Paris: La Découverte.
- Boëldieu, J. & Borrel, C. (2000). “La proportion d’immigrés est stable depuis 25 ans”. INSEE Première, n. 748. Paris: INSEE. Acesso em 15 de outubro, 2013, em http://www.insee.fr/fr/ffc/docs_ffc/ip748.pdf
- Carelli, M. (1994). Culturas cruzadas: intercâmbios culturais entre França e Brasil. Campinas, SP: Papirus.
- Dubar, C. (2009). A crise das identidades: a interpretação de uma mutação. São Paulo: Editora da USP.
- Elias, N. & Scotson, J. (2000). Os estabelecidos e os outsiders: sociologia das relações de poder a partir de uma pequena comunidade. Rio de Janeiro: Zahar.
- Goffman, E. (1978) Estigma: notas sobre a manipulação da identidade deteriorada. Rio de Janeiro: Zahar.

- Gonzalez, O. (2007). "L'intégration problématique des latino-américains en France". In C. Audebert & E. Ma Mung (Dir.), Les migrations internationales: enjeux contemporains et questions nouvelles (pp. 123-134). Bilbao: Université de Deusto.
- Green, N. (2002). Repenser les migrations. Paris: Presses Universitaires de France.
- Haut Conseil A L'integration - HCI. (1991). Pour un modèle français d'intégration. Paris : La Documentation française. Acesso em 15 de outubro, 2013, em <http://www.ladocumentationfrancaise.fr/rapports-publics/124000544-pour-un-modele-francais-d-integration-premier-rapport-annuel-au-premier-ministre-du>.
- Hobsbawm, E. J. (2005). "A construção das nações". In E. J. Hobsbawm, A era do capital: 1848-1875 (pp. 125-145). São Paulo: Paz e Terra.
- Maillot, A. (2008). Identité nationale et immigration: la liaison dangereuse. Paris: Les Carnets de l'Info.
- Ministério das Relações Exteriores do Brasil (2008). Brasileiros no Mundo: Estimativas. Brasília, DF: Autor. Acesso em 01 de maio, 2013, em <http://www.brasileirosnomundo.itamaraty.gov.br/a-comunidade/estimativas-populacionais-das-comunidades/Brasileiros%20no%20Mundo%20-%20Estimativas.pdf>
- Ministério das Relações Exteriores do Brasil (2009). Brasileiros no Mundo: Estimativas. Brasília, DF: Autor. Acesso em 01 de maio, 2013, em <http://www.brasileirosnomundo.itamaraty.gov.br/a-comunidade/estimativas-populacionais-das-comunidades/brasileiros-no-mundo-2009-estimativas-final.pdf>
- Ministério das Relações Exteriores do Brasil (2011). Brasileiros no Mundo: Estimativas. Brasília, DF: Autor. Acesso em 01 de maio, 2013, em <http://www.brasileirosnomundo.itamaraty.gov.br/a-comunidade/estimativas-populacionais-das-comunidades/Brasileiros%20no%20Mundo%202011%20-%20Estimativas%20-%20Terceira%20Edicao%20-%20v2.pdf>
- Noiriel, G. (2006). Le creuset français: Histoire de l'immigration, XIXème-XXème siècle. Paris: Points.
- Park, R & Burgess, E. (2004). "Assimilation". In R. Park & E. Burgess, Introduction of the Science of Sociology (pp. 734-784). (Original publicado em 1921) Acesso 15 de maio, 2013, em <http://www.gutenberg.org/files/28496/28496-h/28496-h.htm>
- Pison, G. (2010). "Le nombre et la part des immigrés dans la population: comparaisons internationales". Population & Sociétés, 472. Paris: INED. Acesso em 15 de maio, 2013, em http://www.ined.fr/fr/publications/pop_soc/bdd/publication/1520
- Rea, A. & Tripier, M. (2008). Sociologie de l'immigration. Paris: La Découverte.
- Rego, V. A. & Christiano, C. C. (2012). "Ces drôles de Brésiliens – L'image du Brésilien dans les émissions humoristiques françaises et portugaises". DIRE - Diversités Recherches et Terrains, 1, 9. Acesso em 15 de maio, 2013, em <http://epublications.unilim.fr/revues/dire/71>
- Reis, R. R. (1997). Migrações internacionais e identidade nacional no contexto da globalização: o caso francês. Dissertação de Mestrado, Programa de Pós-graduação em Sociologia, Universidade Estadual de Campinas, Campinas, SP.
- Reis, R. R. (2006). "Migrações: casos norte - americano e francês". Estudos Avançados, 20(57), 59-74.
- Sanchez-Mazas, M. (2004). Racisme et xénophobie. Paris: Presses Universitaires de France.
- Sayad, A. (1998). A imigração: ou os paradoxos da alteridade. São Paulo: Edusp.
- Schnapper, D. (2007). "L'intégration des migrants et de leurs descendants à la société nationale". In Qu'est-ce que l'intégration? (pp. 71-129). Paris: Gallimard.
- Simai, S. & Baeninger, R. (2012). "Discurso, negação e preconceito: bolivianos em São Paulo". In R. Baeninger (Org.), Imigração boliviana no Brasil (pp. 195-210). Campinas, SP: Nepo/Unicamp; Fapesp; CNPq; UNFPA.
- Simon, P. (2006). "Le 'modèle français d'intégration': politiques publiques et crise sociale". Diversité Canadienne, 5(1), 40-44.
- Souza, C. A. (1979). "A guerra da lagosta". In Um embaixador em tempos de crise (pp. 314-320). Rio de Janeiro: Francisco Alves.
- Stoicea-Deram, A. L. (2009). "'Immigration' et 'identité nationale': une affaire de connexion". In S. Dessajan, N. Hossard, & E. Ramos (Dir.), Immigration et identité nationale: une altérité revisitée (pp. 29-45). Paris: L'Harmattan.
- Tapinos, G. (1992). "Les enjeux de l'immigration". In Y. Lequin, (Dir.), Histoire des étrangers et de l'immigration en France (pp. 421-444). Paris: Larousse.
- Tavares, A. de L. (1979). Brasil-França: ao longo de cinco séculos. Rio de Janeiro: Biblioteca do Exército.
- Thiesse, A. M. (2000). A criação das identidades nacionais. Lisboa: Temas & Debates.
- Weil, P. (2004). "L'émergence d'une règle du jeu". In La France et ses étrangers (pp. 65-81). Paris: Gallimard.

Subjetividade e migração: Uma abordagem intercultural profunda a partir das migrações brasileiras

Sylvia Dantas

Atualmente, por volta de 232 milhões de pessoas residem em país diferente daquele onde nasceram, o equivalente a três por cento da população mundial, segundo a Organização das Nações Unidas (ONU, 2013). Isso significa que uma a cada trinta e cinco pessoas no mundo é um migrante. Em maior número são os filhos de migrantes que nascem nos países para onde seus pais se mudaram (Sam & Berry, 2006). A migração é considerada atualmente um dos temas definidores do mundo globalizado, nunca em nenhum outro momento histórico as pessoas se deslocaram tanto quanto no momento atual. Os modernos meios de transporte e de comunicação possibilitam que cada vez mais povos das mais diversas etnias e nacionalidades em diferentes localidades do mundo entrem em contato com grande rapidez.

Buscaremos apresentar brevemente o desenvolvimento de uma perspectiva teórico-metodológica para o trabalho psicossocial com imigrantes, articulando imigração e saúde mental. Este trabalho está pautado em nossa experiência em pesquisa de campo em psicologia social desde os anos noventa com famílias brasileiras imigrantes nos Estados Unidos da América (DeBiaggi, 1996, 2002), famílias brasileiras retornadas dos EUA, famílias brasileiras retornadas do Japão, workshops de preparo intercultural para emigrantes, alunos intercambistas, assessorias a entidades públicas e privadas em processo de internacionalização, docência, supervisão clínica, atendimento psicoterapêutico e orientação intercultural. Em 2003, criamos o Serviço de Orientação Intercultural através de uma pesquisa de intervenção psicossocial na Universidade de São Paulo. Aliada à docência na pós-graduação e à orientação, a pesquisa envolvia atendimento psicológico e orientação a imigrantes, descendentes de imigrantes, migrantes retornados e emigrantes de diversos países, como Bolívia, Peru, México, Espanha, Estados Unidos, Alemanha, Congo, An-

gola, Guiné-Bissau, retornados dos Estados Unidos, Japão - em grande parte de kasséguis - Alemanha, Israel, Portugal, Canadá, brasileiros descendentes de imigrantes do Japão, Coreia, China, Bolívia e pessoas que iriam emigrar para Austrália, Canadá, Alemanha, Cuba, Irlanda, França (DeBiaggi, 2008; Dantas, 2012). Atualmente este trabalho é desenvolvido no Núcleo de Pesquisa e Orientação Intercultural na Universidade Federal de São Paulo (Patini, 2014).

A fim de contextualizar o tema, apresentamos, inicialmente, algumas informações acerca da e/imigração no Brasil. Em seguida, abordamos as razões do migrar, as dimensões psicossociais envolvidas e uma introdução da abordagem intercultural psicodinâmica que desenvolvemos ao longo desse percurso e finalizamos o capítulo com algumas considerações.

E/Imigração no Brasil

Lembro-me que quando retornei do exterior no final dos anos noventa, ao falar de imigração e interculturalidade, as pessoas me perguntavam o que isso tinha a ver com a nossa realidade? Não seria apenas um fato histórico, algo de nosso passado. E, além disso, por que falar de imigração na Psicologia? Se pararmos para pensar em nossa história, tanto pessoal como nacional, vemos que todos têm alguma relação com o fenômeno migratório e o contato entre culturas decorrente do mesmo está presente em nosso passado, presente e estará em nosso futuro.

Em um rápido panorama da imigração no Brasil, pode-se dizer que a mesma começa com a colonização portuguesa, uma vez que diversos povos nativos aqui residiam. Há estimativas de que havia mais de 1000 povos indígenas na época da chegada dos portugueses. Além de catequizados, sofrem uma aculturação imposta e muitos são escravizados ou mortos. Atualmente, contamos com 241 grupos indígenas no país, segundo portal do Instituto Socioambiental (ISA), que resistem à destruição de suas terras e cultura. Além disso, há a imigração forçada de populações escravizadas da África. Até 1850, por volta de quatro milhões de pessoas do continente africano foram trazidas para o Brasil. Ao término do período escravocrata, políticas governamentais atraem mão de obra imigran-

te. Sabe-se que entre 1872 e 1972 mais de cinco milhões de imigrantes entraram no Brasil, a maioria de Portugal e da Itália, mas também da Espanha, Alemanha, Japão e de países do oriente médio, entre outros. Apesar de apenas cerca de 240 mil japoneses terem imigrado para o Brasil, hoje os 1,5 milhões de nikkeis (na língua japonesa deriva do termo *nikkeijin*, que se refere aos japoneses que emigraram do Japão e seus descendentes. Dependendo da situação, do local e do ambiente tem diferentes significados) compõem a maior comunidade de japoneses e descendentes fora do próprio Japão (DeBiaggi, 2004, 2008). Constituímos, portanto, uma sociedade plural e o aprofundamento sobre a temática migratória possibilita entrar em contato com as implicações psicológicas profundas do contato entre culturas.

Em meados dos anos, 80 ocorre pela primeira vez no país um processo inverso ao da imigração, um fluxo de brasileiros emigra, ou seja, sai do país em busca de melhores condições de vida em terras alheias. Em 2008, o Ministério das Relações Exteriores (MRE) estimou mais de 3 milhões de brasileiros vivendo em 117 países nos quais há representação diplomática brasileira. Os Estados Unidos da América, o Japão, o Paraguai e a Europa foram os maiores receptores desse fluxo emigratório. Mas o Brasil entra na dinâmica da migração internacional não só como país de envio, mas também de recepção nesse período. A significativa imigração coreana, chinesa e boliviana vem somar-se à estimativa de um milhão de estrangeiros morando no Brasil. Destes, estimativas oficiais apontam que 20% se encontram em situação irregular, enquanto entidades que trabalham com imigrantes indicam que este número é três vezes maior e tende a aumentar no momento atual em que países ditos do primeiro mundo na Europa, como Portugal e Espanha, passaram a fechar suas portas aos latino-americanos. O país também recebe refugiados, havendo atualmente em torno de quase 4 mil e quinhentos refugiados de 75 nacionalidades, segundo o Comitê Nacional para os Refugiados (CONARE), do Ministério da Justiça.

Com a crise financeira mundial de 2008, uma parcela significativa de brasileiros que havia emigrado para os Estados Unidos, Japão e países europeus retorna para o país. Dados do censo de 2010 realizado pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) indicam que mais de 160 mil brasileiros voltaram para o país.

Por que se migra?

A mudança de país ocorre dentro de um contexto social, político e histórico que precisa ser compreendido. É preciso entender como as representações coletivas dadas em determinada época atravessam a vida de cada indivíduo e estão interconectadas com as motivações subjetivas daqueles que cruzam fronteiras culturais e se deparam com uma nova realidade cultural, política, social e psicológica.

Todo processo migratório, pode ser sociologicamente analisado através de duas abordagens principais. Numa perspectiva mais tradicional, o modelo “push-pull” (repulsão e atração) caracteriza-se por entender que um desequilíbrio na oferta e demanda de trabalho determina o processo de migração internacional. Proponentes desse modelo enfatizam o lado individual do movimento, ou seja, os indivíduos são motivados a sair de seu país com pouca oferta de trabalho e/ou remuneração e migrar para países onde há empregos. Já uma perspectiva histórico-estruturalista abrange o cenário global e há uma compreensão mais ampla. Os investimentos, as trocas macroeconômicas entre os países, a crescente influência econômica, política e social que países industrializados exercem em suas periferias são os catalizadores da imigração internacional. A migração transnacional traz benefícios substanciais para o mundo industrializado. O fluxo de trabalhadores tem geralmente um bom nível educacional quando comparado à média nacional de seus países. Eles estão dispostos a preencher funções que estão vagas no país hospedeiro por serem pouco procuradas pelos nativos e com baixo custo. É importante lembrar que essa população, assim como outras minorias (minorias no sentido de menor representatividade e poder político, pois em termos numéricos grupos denominados minoritários são muitas vezes maioria, como é o caso dos afrodescendentes no Brasil), é muitas vezes usada como bode expiatório no país receptor, ou seja, como objeto de culpa do sistema social, sendo a ela atribuída a causa do desemprego e de outros problemas sociais. Casos de xenofobia em relação a imigrantes têm sido frequentes na história mundial. Com a emigração, alivia-se a pressão econômica e política dos países em desenvolvimento. Muitos deixam o país e mandam remessas de dinheiro que ajudam a subsidiar um nível de vida de classe média aos que ficaram. Tais perspectivas, denominadas tradicionais e macroestrutur-

turais, ocorrem a partir de uma visão abrangente, complementares e não excludentes (DeBiaggi & Paiva, 2004).

Além disso, a importância das redes sociais como fator determinante da continuidade do fluxo migratório constitui também uma importante explicação para esse fenômeno. As comunidades imigrantes têm seus mercados, restaurantes, jornais locais, cabeleireiros, lojas de artigos de roupa, igrejas, programas de televisão na rede a cabo, programas de rádio, profissionais de educação e saúde em serviços voltados para essa população, que fazem parte da importante rede social que sustenta e amplia a migração para os locais em que se encontram. O fenômeno da migração transnacional decorrente da globalização capitalista industrial afetou e afeta a vida de milhões de pessoas. A perspectiva transnacional vem atualizar a compreensão de processo dinâmico do fenômeno migratório que estabelece vínculos contínuos e concretos entre pessoas e redes sociais de países ditos de origem e destino (Portes, Guarnizo, & Landolt, 1999). Os possíveis desdobramentos dessas questões têm importantes implicações sociais, políticas, culturais assim como para o bem-estar psicológico dos indivíduos que compõem as respectivas nações envolvidas.

Migração e as dimensões psicossociais envolvidas

- “Não consigo me situar entre as duas culturas, tenho dificuldade de relacionamento com outras pessoas” (brasileiro descendente de 2ª geração de chineses).
- “Não entendo o português, uma palavra que quer dizer uma coisa em minha língua aqui é outra, não entendo essa cidade, de onde venho tudo é simétrico” (imigrante colombiana).
- “Sinto-me índia, pobre, achei que iria ser branca no Brasil no meio de negros” (imigrante peruana).
- “Estou perdido, não me identifico com a malandragem, o levar vantagem em tudo no Brasil” (brasileiro retornado dos EUA).
- “Namoro uma pessoa brasileira e não sei como falar isso para meus pais” (brasileira, 2ª geração de coreanos).
- “Não sou daqui e não sou de lá” (imigrante peruana).

- “Sinto que no Japão as pessoas são mais confiáveis, honestas e as coisas funcionam. Nos EUA há diversidade e honestidade. No Brasil não se pode confiar em ninguém” (brasileira retornada do Japão e dos EUA).
- “Aqui eu sou japa e lá sou estrangeiro” (brasileiro retornado do Japão).
- “eu sinto tontura, dificuldade de escutar e muito sono. Fiz vários exames médicos e não há nada de errado” (brasileira emigrante no Japão).

Através dos depoimentos de pessoas que buscaram atendimento em psicoterapia e orientação intercultural, vemos o impacto que a mudança de país traz nas diversas esferas da vida. Cabe lembrar que a mudança para outra sociedade e cultura coloca em xeque o modo de ser, o modo de ver o mundo, o modo de se ver e o modo de se relacionar, trazendo à tona a questão de quem se é. Esse desconcerto está relacionado ao fato de que as pessoas são socializadas em uma determinada cultura e isso significa uma incorporação marcante de formas de sentir, de pensar e de agir que envolvem processos de identificação intensos. A socialização é um processo ontogenético que implica um certo grau de interiorização através do qual a pessoa se torna membro de uma sociedade, conforme Berger e Luckman (2002). Ser socializado na mesma cultura significa compartilhar de uma ‘memória’ e de um quadro de referência comum para a projeção das ações individuais. Esse universo simbólico estabelece uma aliança entre as pessoas, seus predecessores e seus sucessores numa totalidade dotada de sentido que transcende a finitude da existência individual, uma memória de passado e quadro de referência do futuro. Há um sentido que é compartilhado, incluindo as contradições e idiosincrasias de cada pessoa pertencente ao grupo em questão.

Portanto, mudar para um local de cultura distinta representa uma ruptura expressiva desse quadro de referência, de sentido e pertencimento. A mudança de país impõe ao migrante múltiplas perdas, já que deixa para trás familiares, amigos, trabalho, ambiente físico, língua, normas sociais, locais conhecidos e a memória social. Somado a isso, tem de ajustar-se a um novo local, aprender novos códigos sociais, pois sua forma de agir não mais corresponde ao entorno. O que antes era parte da rotina torna-se um desafio diário. O reaprender o que antes era parte da rotina desafia

a memória hábito, isto é, esquemas de comportamento registrados no corpo e de que se vale geralmente automaticamente, fazendo parte de todo nosso aprendizado cultural. Há uma perda, portanto, relativa a um universo cultural por meio do qual nos conhecemos e reconhecemos. Estar entre dois mundos culturais significa adentrar diferentes jogos de espelho realizados pelos outros. Esses reflexos podem afetar tanto positivamente quanto negativamente o sentimento de competência e valorização do self, que aliados ao processo de reflexão e observação simultânea de si mesmo são a base da formação identitária.

A Psicologia Intercultural, abordagem com a qual entrei em contato nos anos noventa, questiona toda construção teórica da psicologia e suas formulações etnocêntricas construídas, em geral, a partir de amostras de grupos norte-americanos e europeus e generalizados para toda a humanidade. Promove uma visão ampla, dinâmica e flexível dos fenômenos psicossociais e entende o desenvolvimento humano e suas manifestações decorrentes da relação dialética entre o sujeito e os contextos culturais e sociopolíticos (Berry, Poortinga, Segall, & Dasen, 1992). Utiliza uma ampla base de teorias, mas é um conjunto único de métodos. “A vertente êmica desenvolveu-se como psicologia cultural, e a vertente ética como psicologia intercultural que, a partir de um ético provisório, aborda os êmicos culturais e deles deriva um novo ético mais abrangente” (Paiva, 2004). Busca-se o universal a partir da compreensão do singular. A compreensão psicológica das relações interculturais está ancorada em diversas disciplinas, como a antropologia, a demografia, a economia, as ciências políticas, a sociologia e a história. Constitui-se, portanto, em um campo de estudo e atuação interdisciplinar.

O contato contínuo com outra cultura supõe um conflito, uma crise e uma posterior “adaptação” ao novo ambiente cultural, como apontado pela psicologia intercultural (Berry, 2004). Problemas interpessoais, psicossomáticos e somáticos são consequências naturais da mudança. Interessante lembrar que a palavra crise em chinês é formada por dois ideogramas, em que um significa perigo e o outro significa oportunidade. Há, assim, a possibilidade dessa crise ser insuperável, devido a uma série de fatores situacionais e internos, assim como a possibilidade da mudança poder significar ampliação do self, transformação. Esta advém de um complexo processo de negociação relativo à própria identidade, à identidade

grupal, aos próprios valores, envolvendo questões étnico-raciais, vivência de preconceito, educação dos filhos, relações familiares, questões intergeracionais, de gênero, o que cada cultura considera ser um homem e uma mulher e concepções de relacionamento entre homens e mulheres. Esse desconcerto envolve a vivência de crise psicológica e sua posterior elaboração, quando possível. O processo de negociação, contudo, é também realizado por filhos e netos de imigrantes que vivem entre dois mundos de referências culturais distintas em seu cotidiano, sem terem saído do país onde cresceram, mas que cruzam fronteiras culturais a partir do momento em que saem de suas casas. Desse modo, têm de lidar com um duplo quadro de referência, de sentido e pertencimento continuamente, cotidianamente. Esse processo também precisa ser reelaborado por quem retorna para o país de origem, pois se volta pensando ser o mesmo e pensando encontrar tudo como era antes, mas as referências já são outras, a pessoa descobre o quanto ela mesma mudou e o quanto quem ficou também já não é mais o mesmo. Conforme abordamos em outro trabalho, o retorno implica em uma nova migração e um processo de aculturação de retorno (DeBiaggi, 2004).

Na sociedade que recebe o imigrante, mudanças culturais também ocorrem, concepções identitárias da própria sociedade hospedeira mudam a partir do contato. Essas mudanças podem tomar uma direção positiva, de ampliação e enriquecimento cultural da sociedade, ou negativa, de enrijecimento e acirramento de preconceitos, de fronteiras nacionais e de políticas públicas que abarcam essa população.

Estamos nos referindo a um conceito da psicologia intercultural, que em diálogo com a antropologia, como lembra Paiva (2004), tem resumido numa palavra o conjunto desses processos de negociação relativos às referências culturais de ambas as culturas: aculturação.

Abro um pequeno parêntese a fim de explicar que, se ainda alguns cientistas sociais se mostram avessos ao termo aculturação, isto se dá porque o veem como equivalente a assimilação, e não como um processo mais amplo, como veremos adiante. O antropólogo Cusche (1999) lembra que as pesquisas sobre o processo de aculturação renovaram profundamente a concepção que os pesquisadores tinham de cultura, partindo-se da aculturação para a compreensão da cultura. Como diz aquele autor, toda cultura é um processo permanente de construção, desconstrução e

reconstrução que, em tempos de rápidos deslocamentos e constante contato intercultural, torna-se extremamente dinâmico. Assim, cultura não é um dado, uma herança que se transmite imutável de geração para geração, e sim uma produção histórica, isto é, uma construção que se inscreve na história e mais precisamente na história das relações dos grupos sociais entre si. A análise da situação sociohistórica em que a cultura é produzida faz-se necessária, pois as culturas nascem de relações sociais que são sempre relações desiguais.

O termo aculturação psicológica, cunhado por T. D. Graves, refere-se às mudanças que um indivíduo experencia. É resultante do estar em contato com outras culturas e como resultado da participação no processo de aculturação que seu grupo cultural está passando. Há duas razões para se distinguir nível grupal e individual. A distinção é importante porque nem todo indivíduo que passa pela aculturação participa das mudanças coletivas que estão ocorrendo da mesma forma e na mesma extensão. A aculturação psicológica consiste, portanto, em um processo que os indivíduos passam, decorrente do contato contínuo com outra cultura. A aculturação constitui um processo de ressocialização. No nível psicológico, dois aspectos são fundamentais: até que ponto se deseja, que é valorizado manter contato com o grupo majoritário fora do próprio grupo cultural e até que ponto se deseja, que é valorizado manter a identidade cultural e as características culturais. Essas questões geram quatro variedades de aculturação, segundo o modelo cunhado por Berry. Chamamos de assimilação a estratégia em que o indivíduo abre mão de sua cultura de origem e adota a cultura majoritária. Assimilação, portanto, não equivale à aculturação, como tradicionalmente se usava o termo, pois é apenas um tipo desta. É comum vermos migrantes e famílias que resolvem adotar os padrões da cultura hospedeira. Por exemplo, conheci uma família que se mudou para os EUA e resolveu que todos da casa, dali por diante, só falariam inglês, fariam amizade com americanos e assim por diante. Em contraste, uma estratégia de separação se dá quando se evita o contato com a sociedade majoritária e há um apego à cultura original. Não é raro o relato de brasileiros nikkeys sobre como seus avós não falavam português apesar de a família estar na terceira geração (nos estudos migratórios a primeira geração é aquela que imigrou, a segunda seus filhos e a terceira seu netos). Relacionavam-se somente com conterrâneos e a própria comunicação com os netos era intermediada pelos filhos. O mesmo ocorre

com alguns brasileiros nos EUA, que aprendem um inglês instrumental, o suficiente para se virar no trabalho, mas mantêm suas relações entre a comunidade, fazendo suas compras de vestuário e alimentação nas lojas ditas 'étnicas' e relacionando-se com os conterrâneos. Já a integração representa uma estratégia em que um grau de manutenção da cultura de origem ocorre simultaneamente à interação com outros grupos. Vários nipo-brasileiros, assim como brasileiros judeus, mantêm suas tradições, frequentam associações da comunidade e ao mesmo tempo participam ativamente da vida da sociedade majoritária. Realizam, assim, uma negociação da identidade híbrida, cada um equacionando a seu modo uma nova forma que não é nem uma nem outra, mas uma combinação única. A marginalização, por sua vez, se dá quando há pouco interesse ou possibilidade de manutenção da própria cultura e pouco interesse em manter contato com outros grupos. No caso de marginalização, o indivíduo fica como que suspenso, geralmente num estado de conflito pessoal e social entre as duas culturas. É comum após o retorno para o próprio país a pessoa que tanto ansiava pela volta não mais se identificar com a própria cultura e, ao mesmo tempo, não se sentir parte da cultura que deixou. O processo de aculturação, a negociação entre as duas referências culturais não é necessariamente uniforme nas dimensões do comportamento e da vida social. Por exemplo, um indivíduo pode buscar assimilação econômica (no trabalho), integração linguística (bilinguismo) e separação no que concerne à parceria conjugal (endogamia). Além disso, podem-se empregar diferentes estratégias ao longo do tempo. É comum todos passarem por essas fases em diferentes momentos do ciclo vital. Ao falarmos em estratégias de aculturação, compreendemos o indivíduo enquanto ator social, em que não é desprovido de certa margem de manobra, embora o contexto seja crucial nessa elaboração.

Vemos, assim, que o contato entre culturas é naturalmente gerador de estresse, ou seja, a saúde está atravessada pela cultura em todos os sentidos. O termo estresse de aculturação refere-se a um tipo de estresse desencadeado pelo processo de aculturação, da realização de que há formas distintas de ver e estar no mundo, que têm repercussões concretas em todas as dimensões da vida. O estresse de aculturação reduz a saúde dos indivíduos em seus vários aspectos, físico, psicológico e social. Em situações de estresse somos afetados, nosso organismo responde alterando o equilíbrio de substâncias bioquímicas (como cortisona, serotonina,

adrenalina) causando a doença, desde uma enxaqueca até doenças graves, como câncer. É comum que ocorra aumento de ansiedade, depressão, sentimentos de marginalização e alienação, aumento de sintomas psicossomáticos e confusão identitária. Portanto, vemos o afeto (ansiedade) afetando o bem estar. É importante ressaltar, no entanto, que este será maior ou menor dependendo de uma série de fatores pessoais e situacionais. Daí a utilidade do modelo de estresse de aculturação em que este varia em função de um conjunto complexo de fatores contextuais e pessoais de cuja interação decorre o grau de estresse vivenciado.

Vários fatores medeiam a relação entre aculturação e estresse. Os estudos mostram que problemas de saúde mental geralmente emergem durante aculturação, contudo, esses problemas não são inevitáveis e parecem depender de uma série de características do grupo, além de fatores contextuais e individuais envolvidos no processo de aculturação. Inicialmente, como apontado acima, o modo de aculturação, integração, assimilação, separação e marginalização está relacionado a um maior ou menor nível de estresse, assim como a fase de aculturação em que a pessoa se encontra, se é o contato, o conflito, a crise ou possível adaptação. Há evidências de que o modo de aculturação é um fator importante. Os que se sentem marginalizados experienciam maior estresse, os que mantêm separação apresentam estresse, os que adotam a assimilação demonstram níveis intermediários de estresse e os que buscam integração apresentam menor grau de estresse. Contudo, não se trata de uma receita simples, mas sim de um processo que depende de uma gama de fatores. Crucial será a natureza da sociedade majoritária, podendo ser desde uma sociedade multicultural, em que as diversidades são respeitadas e valorizadas, até uma sociedade assimilacionista, em que se impõe a cultura majoritária como única forma possível. Em uma sociedade preconceituosa e discriminatória, o preconceito pode girar em torno do fenótipo, da aparência ou da cor de pele. Pode ser em relação ao gênero (por exemplo, preconceito para com mulheres), ou à geração (preconceito com relação ao idoso), ou a nacionalidades consideradas inferiores. A receptividade ou não por parte da cultura majoritária influi fortemente no grau de estresse do indivíduo em aculturação. Alguns grupos em aculturação podem ser mais aceitos e colocados no patamar mais alto na hierarquia de prestígio e outros podem ocupar os níveis mais baixos no sistema de preconceitos da

sociedade, em que etnia e classe se interconectam. Latino-americanos de países vizinhos ao Brasil sofrem aqui discriminação por serem originários de países considerados menos desenvolvidos no cone sul, da mesma forma que brasileiros são discriminados em países ditos do norte, por serem de um país dito de terceiro mundo. Outro fator são as políticas existentes com relação aos grupos em aculturação da sociedade, no acesso à saúde, moradia, educação, direitos políticos e legais que podem excluí-los, colocando-os em um lugar marginalizado na sociedade. Muitos migrantes que cruzam fronteiras nacionais em busca de melhores condições de vida para si e para seus familiares encontram-se na condição de indocumentados no país para onde foram. A estes é negado o acesso ao que é de direito de todo cidadão no mundo, sendo a migração tratada como algo ilegal. A tendência de criminalização da imigração por parte de políticas conservadoras em algumas regiões nos EUA e da Europa tem sido algo recorrente, gerando alto grau de ansiedade para quem se encontra nessa condição.

As redes sociais estão vinculadas ao bem estar da pessoa em aculturação, sendo parte das características do grupo de aculturação e também mediam a relação entre estresse e aculturação. As redes sociais funcionam como provedoras de companhia social, apoio emocional, fornecem guia cognitivo e conselhos, favorecem a resolução de conflitos, fornecem ajuda material e de serviços e acesso a novos contatos. Comumente, pessoas do país hospedeiro reagem negativamente à tendência de grupos migrantes residirem em um mesmo bairro ou frequentarem os mesmos lugares. Assim, é preciso ter claro que esta é uma forma importante de lidar com um novo ambiente, com contrastes que são naturalmente desconcertantes. A geração é também componente que influi no ajuste cultural do grupo. Estudos realizados levando-se em conta a idade do imigrante concluíram que a idade de doze anos é um marco para determinar altos níveis de estresse entre imigrantes, ou seja, pessoas que imigram antes dos doze anos estão menos suscetíveis às tensões decorrentes dessa experiência (DeBiaggi, 2002). Nesse sentido, imigrantes podem ser descritos como imigrantes tardios quando a mudança ocorre depois dos doze anos ou imigrantes precoces se imigraram antes dos doze. Daí a geração ser um fator importante a ser considerado quando lidamos com grupos migrantes. Os imigrantes tardios, assim como indivíduos da segunda geração, parecem experienciar os mais altos graus de estresse quando comparados aos imigrantes precoces e aos indivíduos da terceira geração. A segunda

geração fica presa entre duas culturas, a de seus pais e a da nova sociedade. Em termos de classe social, a imigração frequentemente significa uma mobilidade descendente, ou seja, há um rebaixamento em relação ao status social anterior. Enquanto uma mobilidade socioeconômica pode reassegurar e reforçar sentimentos sobre a nova situação estar sob controle, as dificuldades aumentam quando há um rebaixamento do status social com subemprego ou desemprego, dificultando, assim, a inserção na nova sociedade. O que motivou a migração é também fator fundamental. Como vimos acima, os deslocamentos podem se dar por diversos motivos. Fala-se em migração voluntária e involuntária. No caso do refúgio ou exílio houve uma migração involuntária, muda-se não por opção própria, não é algo que foi desejado e muito menos planejado, mas porque muitas vezes é a única opção para sobreviver. Neste ponto está a diferença entre as outras migrações: para o exilado a partida é imposta e o retorno impossível. Atualmente, o exílio é um dos problemas mais sérios decorrentes de guerras civis e insurreições violentas no mundo inteiro, segregando populações inteiras da vida nacional, forçando-as a se ajustarem a situações indesejáveis, dolorosas e frustrantes (DeBiaggi, 2005). Contudo, comumente falamos nos estudos migratórios de refugiados econômicos, ou seja, pessoas que em função da falta de mobilidade social em seus países são obrigadas a cruzar fronteiras nacionais. Além das condições externas, motivações de ordem subjetiva estão sempre presentes, como veremos adiante. Interessante notar, no entanto, que o subjetivo não está desatrelado do mundo circundante. Em nosso trabalho, vimos que para muitas mulheres a migração significou a possibilidade de ruptura com padrões socioculturais e familiares que impediam o desenvolvimento pessoal (Dantas, 2009). A migração, portanto, pode significar uma ampliação do self, como mencionamos acima.

Mas quando as pessoas que migraram começam a mostrar claros sinais de estresse, em níveis psicossomáticos ou interpessoais, essas manifestações tendem a ser vistas fora de contexto, como reações idiossincráticas. Nos anos seguintes a uma mudança geográfica ocorre maior abuso de álcool, violência familiar, ocorrem mais separações e tanto as crianças como os adultos sofrem uma maior quantidade de acidentes e doenças. Quando uma família muda de localização geográfica, cada membro abandona numerosos segmentos de sua rede social pessoal. Em teoria, isso deveria corresponder a um período de luto pessoal. No entanto, na prática,

esse processo de luto é minimizado e evitado em função da necessidade prioritária de adaptação ao novo ambiente. Os esforços serão facilitados ou dificultados pelas características do novo ambiente. Parte do longo processo de ressocialização no novo ambiente corresponde à complexa tarefa de inserção no mercado de trabalho, estabelecimento de moradia, integração no sistema educacional e de saúde, organização de uma nova rede social. Paradoxalmente, sendo o momento de maior vulnerabilidade e, portanto de necessidade de apoio social, é quando este se encontra menos presente. Na família imigrante, com frequência, as relações de casal se veem sobrecarregadas. Tende-se a esperar que o cônjuge preencha o apoio antes tido por outras relações significativas. No novo ambiente, a necessidade insatisfeita é sentida como incompetência, traição ou abandono pelo outro membro do casal. O resultado é um ciclo vicioso de tensão dentro da relação: quando um dos membros do casal reage defensivamente frente ao que ele/ela percebe como sobrecarga e recriminações injustas do outro, esse comportamento justifica aos olhos do outro sua queixa prévia, o que fecha o ciclo da profecia que cumpre a si mesma. As crianças e adolescentes, por sua vez, perdem uma fonte importante de segurança – o grupo de amigos e colegas de escola com quem compartilharam seus estágios de desenvolvimento. E isto acontece enquanto os pais, envolvidos em seus próprios esforços adaptativos e em suas desavenças crescentes, se tornam menos acessíveis como fonte de apoio. Essas são questões de toda migração e apontam para o fato de que aculturação transcende o processo do migrante e constitui um processo dinâmico transgeracional. O que foi evitado na primeira geração será, de uma forma ou de outra, expresso pela segunda e assim por diante. Cabe ao profissional de saúde estar atento e compreender esses entrelaçamentos.

Com relação às características da pessoa em aculturação: sua avaliação e formas de enfrentamento, o sentimento de controle cognitivo que um indivíduo tem sobre o processo de aculturação também tem papel fundamental. Aqueles que percebem as mudanças como oportunidades com as quais podem lidar podem ter um melhor grau de saúde mental do que aqueles que se sentem tomados, inundados pela experiência. Em nosso trabalho, expandimos esse aspecto no sentido de considerar a psicodinâmica daquele que migra. Assim, consideram-se os aspectos latentes do inconsciente daquele que nos procura: seu mundo interno de relações objetivas, suas fantasias e seus mecanismos de defesa relativos às ansieda-

des despertadas diante do novo e desconhecido, ansiedades diante das perdas decorrentes do deslocamento e ansiedades confusionais diante da inabilidade de distinguir entre o velho e o novo. São as motivações manifestas e latentes do deslocamento (Grinberg & Grinberg, 1989). Dessa forma, os recursos internos da pessoa abrangem tanto aspectos cognitivos, crenças, construções e atitudes como aspectos emocionais, afetivos e constituem igualmente importante fator nesse conjunto de elementos que influem no processo de aculturação, daí nossa proposta de uma abordagem intercultural psicodinâmica.

Perspectiva Intercultural Psicodinâmica. Migração e prevenção.

Conforme explanamos anteriormente (Dantas, 2011), o enfoque intercultural promove uma visão ampla, dinâmica e flexível dos fenômenos psicossociais e entende o desenvolvimento humano e suas manifestações decorrentes da relação dialética entre o sujeito e os contextos culturais e sociopolíticos. Conforme Sarriera (2000), a área de ação da intervenção psicossocial se configura no complexo processo de interação sujeito-meio social e objetiva o bem-estar humano. No trabalho psicológico com migrantes, adotamos a técnica de psicoterapia breve e orientação a partir de uma perspectiva intercultural psicodinâmica. O desafio para o terapeuta que se lança para além de seu milieu cultural é o peso que dará ao universal e ao culturalmente específico e como mudar de uma referência a outra ou como combinar ambas. Passos no sentido êmico levantam a questão da universalidade na psicoterapia no plano dos conceitos, técnicas, objetivos e valores. Daí a necessidade de voltarmos-nos para a direção ética, mas com base sólida e cientes de nossa inevitável formação cultural. O outro eixo do trabalho intercultural (além do êmico e ético) é o autoplástico-alloplástico. Todos respondemos a situações mudando a nós mesmos (autoplástico) ou o ambiente (alloplástico) ou combinando as duas operações em diferentes proporções. Até que ponto as psicoterapias ou aconselhamentos entre culturas não estão orientadas a mudar o indivíduo em oposição a tê-lo mudando o ambiente? A possibilidade de estender o campo de ação do indivíduo no sentido de mudar o ambiente foi em grande parte negligenciada, favorecendo um objetivo implícito de um maior grau de conformismo direcionado ao indivíduo socialmente e culturalmente considerado desviante.

Na perspectiva intercultural, necessitamos compreender etnograficamente as culturas em contato para entendermos o indivíduo. Daí uma área na psicologia ancorada em diversas disciplinas, como antropologia, demografia, economia, ciências políticas, sociologia e história. O olhar antropológico, como explica o etnólogo Laplantine (2004), permite um deslocamento em relação à própria cultura, pois,

Localizados, de fato, em uma só cultura, não apenas nos mantemos cegos diante da cultura dos outros, mas míopes quando se trata da nossa. A experiência de alteridade (e a elaboração dessa experiência) obriga-nos a ver o que nem sequer poderíamos imaginar, a dificuldade em fixar nossa atenção naquilo que nos é habitual é tanta que acabamos por considerar que 'isso é assim mesmo'. Todos somos tributários das convenções da nossa época, de nossa cultura e de nosso meio social. (p. 13)

Propomos, assim, um novo modelo em que se a psicologia intercultural pauta-se nos aspectos cognitivos em termos psicológicos. Ampliamos o mesmo no sentido de articulá-lo aos aspectos psicodinâmicos, uma ampliação que entendemos ser parte da perspectiva intercultural no trabalho psicossocial e que vem ao encontro de novos paradigmas no trabalho psicoterápico (Osório, 2006). Dessa forma, no trabalho com indivíduos e grupos migrantes, não deixamos de observar e compreender seu mundo interno, suas identificações, suas fantasias e seus mecanismos de defesa relativos às ansiedades de caráter persecutório despertadas diante do novo e desconhecido, ansiedades depressivas diante das perdas decorrentes do deslocamento e ansiedades confusionais diante da inabilidade de distinguir entre o velho e o novo, assim como as motivações manifestas e latentes de uma mudança. Como nos lembra Ferreira (2005), Freud mostrou o lugar e os efeitos do outro dentro de nós. Um outro que é estrangeiro e íntimo ao mesmo tempo e que nos contata através dos sonhos, sintomas e estados de descompensação. Esse estrangeiro, dentro de nós, escapa nas situações mais familiares e emerge quando está diante de situações geradoras de estresse, como no caso da migração ou ao se atravessar fronteiras culturais onde quer que se esteja.

Realiza-se, portanto, uma compreensão psicodinâmica do caso e de suas manifestações. Uma compreensão que abarca os processos de aculturação e suas dinâmicas transgeracionais. Realiza-se um trabalho relativo às identificações primárias, identificações estas sempre permeadas

por representações culturais e de diferentes processos de aculturação daquele que nos procura e de suas figuras significativas. Cabe ao profissional de saúde estar atento e compreender esses entrelaçamentos. Como mencionado acima, envolvendo a migração em um período de crise, adotamos a técnica de psicoterapia breve e orientação intercultural no trabalho psicológico com migrantes. Nesse sentido, a intervenção tem um caráter preventivo primário e secundário. Segundo Bleger (1986), na prevenção primária supomos a prevenção da doença, uma psicoprofilaxia que se define com o emprego de recursos psicológicos por parte de psicólogos para prevenir doenças (não só doenças mentais), sendo parte da saúde pública e instrumento de promoção da saúde. Já na prevenção secundária temos, a partir do diagnóstico precoce, a assistência voltada para a melhora. O termo breve dá a ideia, muitas vezes, de algo superficial, corriqueiro. No entanto, a psicoterapia breve se orienta fundamentalmente no sentido da compreensão psicodinâmica dos determinantes atuais da situação de enfermidade, crise ou descompensação e não omite a consideração dos fatores disposicionais históricos, mas dá ênfase à estrutura da situação transversal e às condições de vida daquele que busca auxílio. A terapia breve constitui um enfoque que considera o paciente-pessoa como ser social, com uma ação recíproca dialética do interno e externo e vincula os problemas pessoais com os aspectos do mundo circundante.

No trabalho em psicoterapia breve de base psicanalítica, Fiorini (1985) propõe uma postura terapêutica que vem ao encontro de características acerca de terapeutas culturalmente efetivos. Estes, conforme apontado por Sue (Draguns, 1986), se caracterizam por: autoconhecimento, especialmente quanto ao que considera condutas adequadas e inadequadas em sua cultura; consciência das características gerais da terapia e sua relação com a cultura e classe social; habilidade de compartilhar da visão de mundo do cliente e não estar culturalmente encapsulado. Lembrando, inclusive, que toda concepção de saúde é culturalmente engendrada. Assim, temos diferentes visões de mundo que retratam formas distintas de compreensão do que é saúde. A partir destas, outro aspecto é apontado: cada cultura tem formas distintas de alcançá-la, realizar sua promoção, assim como buscar a cura quando há adoecimento. É necessário, também, compreensão das forças sócio-políticas que afetam

os clientes, especialmente racismo e opressão; domínio eclético de técnicas e teorias e capacidade de escolher qual é a mais apropriada para o cliente em particular. Nesse sentido, enfatizam-se as reações contratransferenciais que em geral este hiato engendra. É preciso estar em sintonia com as emoções e os sentimentos que o contato desperta. Portanto, o profissional deve abordar a situação com o máximo de autopercepção, não basta estar disposto a escutar e conhecer o outro, deve estar preparado para lidar com os desafios que estar entre culturas apresenta para o questionamento do próprio trabalho profissional. Afinal, estar entre culturas significa a possibilidade de novas formas e ressignificações do que antes se julgava certo.

Considerações finais

O fenômeno da migração na era de modernidade tardia é cada vez mais presente. Esta tem implicações sociais, econômicas, políticas, demográficas, culturais e psicológicas. Um fenômeno que, para além das estatísticas e dos estudos teóricos, afeta concretamente a vida de muitos. Trata-se, assim, de um tema de saúde pública em reconhecimento à pluralidade de nossas sociedades atuais. Pluralidade esta extremamente dinâmica. Indicamos a necessidade de compreensão do fenômeno migratório de forma ampla e profunda, constitutiva dos direitos humanos de todas as pessoas em seu direito de ir e vir. Na intersecção entre história pessoal e momento histórico atual, ocorre uma constante ressignificação e busca de sentido de quem se é e do percurso de vida, questionamentos estes carregados de representações coletivas atribuídas aos grupos de e/imigrantes em um mundo globalizado e assimétrico. Os possíveis desdobramentos dessas questões têm importantes implicações sociais, políticas, culturais, assim como para o bem-estar psicológico dos indivíduos que compõem as respectivas nações envolvidas. Paradoxalmente, vivemos tempos de fechamento de fronteiras, evitamento e separação como as principais estratégias de sobrevivência nas megalópoles contemporâneas, assim como entre países em posições desiguais na escala de relações de forças internacionais. Sejamos cautelosos para não incorrer nos mesmos erros no mundo das ideias e da prática profissional.

Referências

- Berger, P. L. & Luckmann, T. (2002). *A construção social da realidade: tratado de sociologia do conhecimento*. Petrópolis, RJ: Vozes. (Original publicado em 1966)
- Berry, J., Poortinga, Y., Segall, M., & Dasen, P. (1992). *Cross-cultural psychology*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Bleger, J. (1986). *Psico-higiene e psicologia institucional*. Porto Alegre: Artes Médicas.
- Dantas, S. (2009). Mulheres entre culturas e seu mundo emocional: a possibilidade de ouvir a própria voz ou o silenciar do Eu. *Oralidades, Revista de História Oral*.
- Dantas, S. (2011). An intercultural psychodynamic counseling model. A preventive work proposition for plural societies. *Counselling Psychology Quarterly*, 24, 1-14.
- Dantas, S. (2012). *Diálogos Interculturais: Reflexões interdisciplinares e intervenções psicossociais*. São Paulo: IEA-USP.
- DeBiaggi, S. D. (1996). Mudança, crise e redefinição de papéis: As mulheres brasileiras lá fora. *Travessia: Centro de Estudos Migratórios*, 26, 24-26.
- DeBiaggi, S. D. (2002). *Changing gender roles: Brazilian immigrant families in the U.S*. New York: LFB Scholarly Publishing.
- DeBiaggi, S. D. (2004). Homens e mulheres mudando em novos espaços: Famílias brasileiras retornam dos EUA para o Brasil. In S. D. DeBiaggi & G. J. Paiva (Orgs.), *Psicologia, e/imigração e cultura* (pp.135-164). São Paulo: Casa do Psicólogo.
- DeBiaggi, S. D. (2008). Nikkeis entre o Brasil e o Japão: desafios identitários, conflitos e estratégias. *REVISTA USP*, 79, 165-172.
- DeBiaggi, S. D. & Paiva, G. J. (2004). *Psicologia, e/imigração e cultura*. São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Draguns, J. (1986). Cross-cultural Counseling and Psychotherapy: History, Issues, Current Status. In A. Marsella & P. Pederson (Eds.), *Cross-cultural Counseling and Psychotherapy* (pp. 273- 289). New York: Pergamon Press.
- Cusche, D. (1999). *A noção de cultura nas ciências sociais*. Bauru, SP: Ed. Edusc.
- Fiorini, H. (1985). *Teorias e técnicas de psicoterapias*. Rio de Janeiro: Francisco Alves Editora.
- Ferreira, A. P. (2005). A psicanálise no terreno do outro. In H. Pova & A. Ferreira (Orgs), *Cruzando fronteiras disciplinares* (pp. 155-162). Rio de Janeiro: Editora Revan, FAPERJ.
- Grinberg, L. & Grinberg, R. (1989). *Psychoanalytic perspectives on migration and exile*. New Haven, CT: Yale University Press.
- Laplantine, F. (2004). *A descrição Etnográfica*. São Paulo: Terceira Margem.
- Organização das Nações Unidas – ONU (2013). Acesso em 15 de dezembro, 2013, em <http://www.onu.org.br/mundo-tem-232-milhoes-de-migrantes-internacionais-calcula-onu/>
- Osório, L. C. (2006). *Novos paradigmas em psicoterapia*. São Paulo: Casa do psicólogo.
- Paiva, G. J. (2004). Apresentação. In S. D. DeBiaggi & J. G. Paiva (Orgs.), *Psicologia, e/imigração e cultura* (Vol.1, p. 278). São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Parini, D. (2014). Encontros e desencontros. Pesquisadora do Campus Baixada Santista estuda dificuldades enfrentadas por brasileiros que emigraram e agora tentam readaptar-se à vida no Brasil. *Entrementes, Jornal da UNIFESP*, 5(2), 5.
- Portes, A., Guarnizo, L. E., & Landolt, P. (1999). The study of transnationalism: Pitfalls and promise of an emergent research field. *Ethnic and racial studies*, 22(2), 217-237.
- Sam, D. & Berry, J. (2006). *The Cambridge handbook of acculturation psychology*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Sarriera, J. (2000). *Psicologia comunitária, estudos atuais*. Porto Alegre: Suina.

A participação das associações de pacientes na construção do conhecimento sobre saúde

Camila Claudiano Quina Pereira

Mary Jane Paris Spink

Thiago Ribeiro de Freitas

Introdução

Segundo Callon (1999), as tecnociências invadem diariamente a vida das pessoas, promovendo debates sobre diversos temas, como biotecnologias, tecnologias reprodutivas e qualidade de vida, dentre outros que envolvem também pessoas não especialistas que, de alguma forma, são impactadas por essas novas tecnologias. Para o autor, a inclusão dos leigos nesse debate corresponde a uma crise de confiança de que a ciência e a tecnologia sejam capazes de lidar com os riscos associados a práticas que podem colocar em perigo toda a sociedade.

Dessa forma, após longo período de confiança cega, as ciências, na modernidade tardia, foram colocadas sob suspeita. Isso porque, diante da complexidade de seus empreendimentos, as instituições econômicas e políticas não têm como prevenir os riscos potenciais decorrentes das aplicações dessas novas tecnologias. Nesse cenário, os não especialistas possuem diversas formas de participar dos debates científicos e tecnológicos, sendo objetivo deste texto descrever diferentes maneiras pelas quais pessoas leigas, organizadas em coletivos – que passaremos a chamar de associações de pacientes – adquirem conhecimento científico e, com isso, a possibilidade de participar da construção do conhecimento sobre saúde e doença.

Iniciamos o capítulo¹ com uma apresentação das associações de pacientes e de como elas contribuem para moldar as relações entre lei-

¹ Texto elaborado com base na pesquisa de doutorado de Camila Claudiano Quina Pereira, em andamento no Programa de Estudos Pós-graduados em Psicologia Social da PUC-SP.

gos, cientistas e instituições de saúde. Em seguida, abordamos como os pacientes e/ou seus familiares se tornam especialistas em determinada doença, casos em que a informação é considerada como instrumento de contrapoder que permite romper com o monopólio de conhecimento dos especialistas. Nesse contexto, apresentaremos duas modalidades de parceria entre pacientes/associações e médicos/serviços de saúde.

Prosseguimos apresentando modelos de participação dos leigos na construção do conhecimento sobre saúde. Seguindo as reflexões de Michael Callon, abordaremos três modalidades de relação entre leigos e cientistas que nos levam de uma cisão entre saberes leigos e ciência à possibilidade real de colaboração na construção de conhecimentos na área da saúde. Essa forma colaborativa inclui a emergência dos fóruns híbridos, espaços nos quais é possível apontar controvérsias e propor novas possibilidades para a construção do conhecimento sobre saúde que poderão embasar não apenas diagnósticos e tratamentos, mas também estratégias de cuidado e criação de políticas públicas.

Nesse âmbito, concluímos este texto problematizando a seguinte questão: é possível a participação de leigos na construção do conhecimento sobre saúde?

A temática discutida neste capítulo é foco de interesse do Núcleo de Práticas Discursivas e Produção de Sentidos da Pontifícia Universidade Católica de São Paulo (NPDPSP/PUC-SP) por abordar as políticas da área da saúde, assim como por se pautar pela perspectiva teórica foucaultiana (Foucault, 2008) e pelos conceitos de biopoder, biomedicina, biossocialidades, direitos e cidadania. Ademais, promove uma interlocução entre a perspectiva teórica da psicologia discursiva (Spink, 2013) e aportes da teoria ator-rede (Mol & Law, 2002; Latour, 2005).

1. Sobre os coletivos que se organizam em torno de uma condição biológica: as associações de pacientes e as possibilidades de parcerias na definição e condução das terapêuticas

As associações de pacientes são espaços de participação política e de deliberação na área da saúde, emergindo, em alguns casos, como resposta à violação de direitos e às desigualdades de acesso aos serviços.

Constituem uma forma importante de afirmação dos problemas de saúde como questão pública, ao mesmo tempo em que aqueles que são afetados por doenças se afirmam como atores coletivos no espaço público. Segundo Rose e Novas (2004), esses modos de organização envolvem as formas habituais de ativismo, como a campanha por um tratamento melhor, a luta contra o estigma, o acesso aos serviços e a sua incorporação em comunidades.

As associações de pacientes medeiam as relações entre atores heterogêneos na área da saúde, como instituições, profissionais e governantes; envolvem-se em áreas antes destinadas a especialistas, a exemplo das instituições de pesquisa em biomedicina, em saúde pública e em indústrias farmacêuticas; criam plataformas e alianças com o Estado e/ou com a indústria farmacêutica com o objetivo de aprovar medidas de defesa e apoio aos pacientes ou lhes permitir o acesso à medicação e facilitar a distribuição dos materiais e insumos dos quais dependem.

Além de ter um papel relevante na promoção da saúde, as associações de pacientes também podem financiar pesquisas e, nos casos de doenças raras,² disponibilizar medicamentos para tais pacientes ou orientá-los sobre processos judiciais para ter acesso aos medicamentos de alto custo, já que, em virtude da raridade, essas patologias são frequentemente ignoradas pelas indústrias farmacêuticas ou órgãos públicos de saúde. Por exemplo, a Associação Paulista de Mucopolissacaridose e Doenças Raras orienta pacientes e familiares sobre os processos necessários para ter acesso aos medicamentos de alto custo via judicialização, além de envolver-se em questões sobre atraso na entrega da medicação, luta pelo acesso a exames e testes genéticos, divulgação do teste do pezinho e projetos de lei para inclusão dos medicamentos para mucopolissacaridose na lista dos essenciais do Ministério da Saúde.

Esses coletivos, aglutinados em torno de uma condição biológica, são capazes de mobilizar recursos materiais e incentivar investigações científicas, promovendo literatura, estatísticas, montagem de bancos de dados e investigações biomédicas, nas quais os próprios pacientes são, concomitantemente, o objeto de estudo e os produtores do conhecimento.

² Doenças raras constituem um grupo de enfermidades que ocorrem com pouca frequência ou raramente, afetando um pequeno número de pessoas em comparação com a população em geral.

É interessante notar que a busca pelo conhecimento científico é uma característica das pessoas que participam dessas associações, pois, ao se comprometer com tais questões, utilizam uma linguagem que demonstra que compreendem sua doença e a descrevem empregando expressões biológicas e biomédicas. Aqueles que sofrem direta ou indiretamente de doenças ou deficiências mergulham na literatura científica da própria enfermidade ou naquela de seus familiares. Esse conhecimento pode ser usado para proporcionar o entendimento da doença, assim como para negociar com o médico uma gama de possibilidades terapêuticas.

Essas novas formas de ativismo biológico podem ser observadas nos grupos criados em torno do HIV/aids, cuja função era defender os direitos, combater o estigma, dar apoio às pessoas afetadas pela doença, desenvolver técnicas para a gestão cotidiana da enfermidade e procurar formas alternativas de tratamento (Rose & Novas, 2004; Parker, 1997).

O caso do ativismo em torno do HIV/aids é exemplar por ter iniciado a formação de alianças entre portadores e cientistas, pois, ao identificarem-se como membros dessa comunidade, os primeiros foram recrutados para atuar em instâncias políticas com a esperança de contribuir para acelerar o processo pelo qual a cura ou os tratamentos seriam desenvolvidos (Rose & Novas, 2004; Parker, 1997).

Segundo Filipe (2009), a mobilização das pessoas em torno do HIV/aids foi decorrência da necessidade de realização de ensaios clínicos para teste de novas terapias. Trata-se de um modelo que vem sendo revisitado pelas associações de pessoas com doenças raras e seus familiares, que convivem com a expectativa da descoberta de tratamentos para doenças ainda sem perspectiva de cura.

Essa forma de ativismo representa o modelo dos peritos leigos,³ que, organizados em coletivos em torno de doenças, promovem a articulação entre saberes e autoridades científicas e o público leigo, incorporando experiências e moldando o conhecimento médico e científico (Filipe, 2009). São exemplos desse modelo as associações de pessoas com doenças raras, cujo ponto de partida da ação é a necessidade de criar oportunidades

³ Utilizaremos o termo perito leigo para nos referir a pacientes e/ou familiares que adquirem conhecimento acerca de uma doença, tornando-se especialista no assunto, ainda que sem uma titulação acadêmica ou científica. Contudo, a experiência com a doença e a busca por estudos científicos lhes conferem sabedoria e habilidade com o tema.

para investigação dessas enfermidades, incentivando a comunidade médica a iniciar ensaios clínicos e testes de terapias.

1.1. Sobre os pacientes que se tornam especialistas em suas doenças

Esses coletivos de pacientes têm o efeito de minar o modelo de representações sobre a doença instituída pelo saber médico, substituindo-o por outro no qual os próprios adoecidos formulam seus argumentos e reivindicações. Quando o debate sobre determinada doença é abandonado pelas autoridades em saúde, as associações têm um papel fundamental a desempenhar, que é lutar pela legitimidade das questões que estão fora do interesse médico. Nesse contexto de participação, emerge a figura do perito leigo, papel atribuído às pessoas que estão envolvidas em debates científicos sobre saúde-doença e possuem um *know how* que lhes permite dialogar com especialistas e propor temas de investigação.

De acordo com Rabeharisoa (2008), a noção de perito leigo deriva dos estudos de ciência e tecnologia que tratam do lugar dos usuários e demais cidadãos nos debates científicos. Segundo esses estudos, as tecnociências não são mais restritas apenas aos especialistas, mas também envolvem grupos de pessoas leigas que lutam pelo direito de participar da sua implementação e ter acesso aos produtos delas derivados.

Para Filipe (2010), a partir do final da década de 1980 e início dos anos de 1990, os ativistas começaram a ser vistos como peritos leigos pela comunidade científica, momento em que ocorreu uma inversão de papéis: os ativistas que apresentavam oposição aos profissionais e às autoridades em saúde passaram a ocupar um espaço de participação em comissões de saúde, especialmente ligadas à aids. Esse pioneirismo possibilitou que outros movimentos, sobretudo aqueles que constroem suas identidades em função de uma doença, também formulassem reivindicações científicas e políticas, inspirando-se nas estratégias do ativismo terapêutico relacionado ao HIV/aids.

Esse modelo rompe com a concepção de paciente ancorada na tradição clínica, na qual este se torna vulnerável pela sua doença e deve confiar na autoridade moral e cognitiva do médico para diagnosticar e resolver o seu problema (Rabeharisoa, 2008). Ao contrário, a noção de perito leigo possibilita que o paciente saia da condição passiva e impotente e se posicione a partir de sua própria experiência da doença. Assim, o envolvi-

mento do paciente com o seu médico em função dos cuidados de saúde corresponde à figura do paciente ativo, sintonizado, com competências para a ação.

Contudo, controvérsias emergem no processo de definição dos limites do conhecimento leigo, em razão da natureza da sua formação científica e sua legitimidade no contexto do saber médico, questões que voltaremos a discutir no final deste capítulo.

É fato que houve uma mudança nos limites entre as habilidades do paciente e o que é de responsabilidade do médico. Essa nova configuração abriu espaço para outra perspectiva, na qual se torna possível maior envolvimento do paciente na negociação sobre a terapia em decorrência de ter aprendido a gerir sua doença, interpretar os sintomas e prever crises (Barbot, 2006).

Trata-se de uma ampliação dos atores que participam da elaboração e discussão de conhecimentos científicos. Ao desenvolver essas competências, o paciente poderá ter acesso aos debates e às controvérsias entre os especialistas. Com isso, poderá sair do tradicional modelo passivo, no qual o profissional é o responsável pelas decisões de tratamento, exercendo a partir daí um papel ativo na construção do conhecimento sobre sua doença.

1.2. Modalidades de parcerias entre associações de pacientes e sistema terapêutico: *associação auxiliar e associação parceira*

Rabeharisoa e Callon (2002) descrevem duas formas de parceria entre pacientes e médicos: associação auxiliar e associação parceira.

No primeiro modelo compete ao médico a responsabilidade de decidir qual o tratamento adequado para o paciente. O fluxo de informação visa que o adoecido entenda a prescrição médica e a terapêutica seja adequada às suas condições psicológicas. Espera-se que o paciente se comporte de forma colaborativa para que o tratamento ocorra em condições técnicas favoráveis. Esse modelo é adequado aos portadores de doenças crônicas.

Em alguns casos os pacientes promovem ações cotidianas que correspondem a uma extensão da atividade médica, como aplicação de insulina pelos diabéticos. Mas isso não cabe apenas ao portador de diabetes,

já que outros atores são chamados para atuar como auxiliares dos médicos: familiares, cuidadores e associações, que poderão oferecer também apoio emocional e social. Nesse modelo auxiliar, a associação de pacientes pode desempenhar o papel de delegação total de responsabilidades, à qual, acatando a ignorância dos leigos, é confiada a responsabilidade de escolher as linhas de pesquisas e tratamentos que serão priorizados.

Nesse contexto, os coletivos podem nomear peritos assessores, que comumente são profissionais com boa reputação na área. Isso ocorre principalmente quando o conhecimento da associação sobre a doença é embrionário e, por isso, é necessário buscar especialistas aliados que possam desenvolver pesquisas ou, até mesmo, quando ela pretende definir os sujeitos e identificar laboratórios que promovam a investigação (Rabeharisoa, 2003).

No modelo auxiliar de envolvimento das associações a dificuldade aparece quando a decisão sobre os projetos é delegada aos médicos e, com isso, a entidade perde sua capacidade de iniciativa, podendo até restringir seu acesso aos meios científicos (Rabeharisoa & Callon, 2002) ou ficar impossibilitada de tomar decisões sobre a pesquisa que financia (Rabeharisoa, 2003). Esse modelo tem inspiração nos grupos de ajuda mútua, quando os pacientes se reúnem para obter o reconhecimento mútuo e apoio de pessoas que partilham a mesma doença. De acordo com Rabeharisoa (2003), na maioria das vezes, são grupos que desempenham papel auxiliar junto aos profissionais.

O foco do segundo modelo, o da associação parceira, está em destacar a importância de os pacientes descreverem a sua experiência com a doença e decidirem sobre quais soluções serão necessárias. Nesse caso, é imprescindível reconhecer a experiência do adoecido, pois só ele sabe descrever como é conviver com a doença, quais suas necessidades e o que o torna diferente, fatores que os médicos não podem adivinhar. Nessa perspectiva, o paciente é o parceiro do médico. Contudo, o desafio é formalizar essa experiência para que os especialistas possam compreender e discutir o assunto. Por isso, a associação tem um papel fundamental, uma vez que irá reunir e comparar a experiência dos pacientes e, assim, criar um banco de dados decorrente de uma experiência coletiva que será tão autêntica quanto à dos especialistas, embora possam ser diferentes. Para Rabeharisoa e Callon (2002), o conhecimento obtido a partir da experiên-

cia dos pacientes com a doença deverá ser registrado e formalizado, de modo a demonstrar o seu valor.

Rabeharisoa (2003) também nomeia esse modelo como emancipatório, cuja inspiração são os grupos e movimentos de defesa de direitos fundados nos anos de 1960 e 1970. Nesse caso, busca-se negociar com as autoridades como suas doenças serão tratadas pelos profissionais e, assim, legitimar um discurso coletivo com a afirmação de suas patologias. Em pesquisa realizada na França, na associação de distrofia muscular, observou-se que os pacientes e familiares colaboravam com os especialistas na produção de conhecimento para compreender a doença e, desse modo, explorar novas possibilidades terapêuticas e formas distintas de lidar com ela. Nessa investigação, os pesquisadores identificaram um modelo de colaboração entre pacientes e especialistas no qual a aprendizagem mútua combinava a experiência do leigo com o conhecimento científico do especialista. A principal dificuldade da instituição para se engajar na pesquisa devia-se ao fato de haver, na década de 1960, pouca informação sobre a distrofia muscular e poucos pesquisadores na área, além da inexistência de grupos de especialistas sobre a patologia. Nesse contexto, os pacientes e familiares não tinham alternativa a não ser formar grupos entre seus pares para discutir a doença e sua experiência de convivência com patologias neuromusculares e, com isso, iniciar um processo de pesquisa.

A inovação da associação, segundo Rabeharisoa (2003), foi a criação de procedimentos que podiam transformar o compromisso social dos pacientes na produção de conhecimento, atitude provocada por circunstâncias históricas e que permitiram à entidade controlar a política de pesquisa e transformar os seus membros em parceiros dos especialistas. Esse modelo de interação entre experiência e conhecimento científico concretizou um conhecimento sem divisões, influenciado pelos quadros clínicos e pelas trajetórias de vida das pessoas que conviviam com a doença.

Cabe ressaltar que essa associação foi criada num contexto em que vários fatores contribuíram para que se formasse um modelo de parceria. As características da doença e o estado de conhecimento sobre a distrofia foram decisivos para o estabelecimento da parceria. A raridade e a gravidade da doença confrontaram os médicos e os colocaram diante da sua própria impotência. Isso gerou a falta de interesse na patologia que, conseqüentemente, não se transformou em objeto de estudos dos pesquisa-

dores. Por isso, o foco das ações dos pacientes e familiares era no sentido de romper com esse círculo de indiferença, estimulando a criação de organizações de pacientes com doenças raras que formariam uma aliança com os especialistas, estimulando as pesquisas e o acesso aos medicamentos. O modelo de envolvimento dessa associação legitimou a ação de organizações semelhantes na mobilização coletiva em torno de doenças específicas, prioritariamente as negligenciadas pelos sistemas públicos de saúde.

Por isso, pode-se afirmar que alguns modelos de associações de pacientes podem ser uma força motivadora na produção de conhecimento sobre certas doenças, com competência, inclusive, para orientar investigações que anteriormente não eram possíveis nos enquadres tradicionais de produção científica e de políticas públicas (Rabeharisoa, 2003).

2. Sobre a participação dos leigos, organizados em coletivos, na construção do conhecimento sobre saúde

Partindo da constatação da crise de confiança na tecnociência, vários autores (Callon, 1999; Filipe, 2006; Nunes, 2006) discutem as diferentes maneiras pelas quais a separação entre ciência e sociedade vem sendo reconfigurada. Nesse novo cenário, os peritos leigos possuem diversas formas de participar dos debates científicos e tecnológicos e da produção do conhecimento, variando de acordo com o grau de envolvimento dos leigos na criação e aplicação do conhecimento, assim como a experiência frente à doença na qual as decisões são baseadas.

Com base em reflexões de Callon (1999) discutiremos três modalidades de relacionamento entre os conhecimentos de leigos e cientistas: o modelo unidirecional da educação do público; o de inclusão do público por meio de debates; as modalidades resultantes da participação de atores diversos, denominadas pelo autor de “fóruns híbridos”.

2.1 A participação de leigos por meio da educação

A primeira forma de participação está ainda presa à oposição entre o conhecimento científico e o conhecimento popular. Nessa modalidade de relação, o conhecimento do leigo, que supostamente tem por

base crenças e superstições, é oposto ao do especialista. Por isso, é o especialista quem irá ensinar ao leigo como agir, não tendo o primeiro, conseqüentemente, nada a aprender com o segundo. A ciência é encarada como independente e regida pelas suas próprias normas, sendo uma delas não ser contaminada pelo conhecimento leigo e se posicionar para além do saber cotidiano. Desse modo, a ciência é autônoma, mas não independente, estando submetida às autoridades públicas. Nesse modelo, os leigos participam indiretamente da produção do conhecimento e apenas delegam a satisfação de suas necessidades, expectativas e demandas aos intermediários que estão em contato direto com os cientistas.

Para isso, é necessário que haja confiança dos leigos nos cientistas. Contudo, atualmente, o equilíbrio entre ambos está ameaçado. Para Callon (1999), o desconhecimento do público leigo sobre a ciência abre espaço para o surgimento de crenças e superstições. Logo, a melhor maneira de evitar esse tipo de ignorância é investir na educação e em ações informativas, donde deriva o modelo chamado de educação pública.

Nessa modalidade as decisões políticas são legitimadas por duas fontes: as metas são previamente definidas e apresentadas pelos que falam em nome dos cidadãos; os recursos são mobilizados para cumprir as metas estabelecidas anteriormente, baseadas no conhecimento científico. Para que a decisão seja legitimada, seus objetivos devem ser aprovados por todos os cidadãos. Dessa forma, a ação política é construída por meio de consulta (o que queremos fazer) e de explicação (o que se pode fazer), enquanto a prioridade é educar o público considerado cientificamente analfabeto e acabar com comportamentos relacionados à saúde baseados em crenças populares.

2.2 A participação de leigos por meio de debates públicos

A segunda modalidade de interlocução entre leigos e cientistas na produção de conhecimentos, segundo Callon (1999), corresponde ao debate público, que propõe o diálogo entre leigos e cientistas. Nesse contexto, reconhece-se o direito à discussão, já que os leigos possuem conhecimento e competência que podem complementar o saber dos especialistas. Participam do debate pessoas que se diferenciam por seu nível de conhecimento e representam diversos públicos, de acordo com suas condições de vida, atividades profissionais, idade e sexo. Nesse cenário,

os leigos possuem conhecimento específico e competências em relação à doença, frutos da sua experiência. Esse conhecimento contribui para que os cientistas formulem suas indagações baseados nos relatos das pessoas que convivem com uma doença específica. Contudo, o conhecimento científico tem maior legitimidade.

A validação do conhecimento, nesse contexto, depende de estratégias dispendiosas por meio das quais são produzidas condições experimentais, ou seja, o laboratório. Para que esse conhecimento possa ser aplicado e reproduzido em qualquer lugar e a qualquer momento a sociedade deveria ser transformada em um grande laboratório. Como isso não é possível, os especialistas precisam de estratégias para lidar com a complexidade do mundo, considerando seu contexto ambiental, histórico e cultural. Dito de outro modo, é necessária uma complementação desse conhecimento, incorporando, na área da saúde, a experiência de pacientes com sua doença.

No modelo do debate público considera-se que a ciência produzida no laboratório é incompleta, incapaz de dar conta dos problemas específicos sobre os quais ela é aplicada. Por isso, torna-se interessante criar fóruns de discussão e deliberação para criar condições para que essa ciência seja complementada; implica dizer, um espaço para a exposição das controvérsias de modo a enriquecer a perícia oficial. Conforme sinalizado por Wynne (citado por Callon, 1999, p. 86), “quando os especialistas não conseguem chegar a um consenso, é frequentemente porque o laboratório não é o suficiente para fazer justiça à diversidade de concepções e hipóteses e antecipar todos os possíveis efeitos.”⁴

No modelo acima citado, são realizadas consultas e audiências públicas para obter opiniões dos diferentes atores ou grupos de atores que possuam competência em relação à doença. São criados, pelas autoridades públicas ou acadêmicas, grupos de discussão nos quais serão contrastados distintos pontos de vista e interesses. Dessa maneira, ao invés de questionar pessoas isoladas, são organizados grupos homogêneos com a finalidade de veicular suas reivindicações. Na França, por exemplo, foram criados comitês de informação, que constituem miniparlamentos para a tomada de decisões. Em outros países acontecem conferências, por meio das quais é promovido o diálogo entre leigos e cientistas sobre um tema

⁴ Tradução dos autores.

comum. Para Callon (1999), o interessante nesse modelo é a possibilidade de os leigos avaliarem as implicações políticas, culturais e éticas de uma pesquisa ou procedimento, além de limitar a liberdade dos pesquisadores em determinado campo.

Nesse cenário, a crise de confiança se estabelece quando há ausência de estratégias para que o público leigo se expresse. É preciso ter conhecimento das necessidades do grupo para que as decisões sejam tomadas.

Segundo Callon (1999), ao criar um espaço público para produção de conhecimento sobre saúde, o processo de tomada de decisões é transformado, permitindo-se que diferentes atores se expressem e executem seu direito de acesso à informação. Dessa forma, a legitimidade das decisões vai depender da disponibilidade de abrir o debate para consulta pública.

Os limites desse modelo se referem à representatividade: “quem deve ser incluído no debate? Quem representa quem? Este modelo é útil para evitar o monopólio dos cientistas sobre as decisões, mas, uma vez aberto, a questão da representatividade é difícil de fechar” (Callon, 1999, p. 99).⁵

2.3. Sobre os espaços híbridos de participação entre especialistas e não especialistas no debate sobre saúde

Nas duas primeiras modalidades de participação destaca-se a demarcação. Na primeira, a demarcação é explícita, sendo o conhecimento produzido estritamente pelos especialistas, enquanto os leigos são excluídos. Já na segunda, a demarcação é mais implícita, sendo negociada a participação dos leigos.

A terceira modalidade proposta pelo autor pretende expandir esses limites, promovendo uma ciência na qual os leigos possam participar ativamente da construção do conhecimento sobre suas condições e necessidades. Trata-se do modelo de coprodução do conhecimento.

Nele, o *know how* dos leigos é considerado essencial para a construção do conhecimento, que é fruto da tensão entre a produção de conhecimento padronizada e o decorrente da complexidade de situações singulares. Nesse caso, a noção de grupos diferenciados, utilizada nos modelos anteriores, é substituída pela de “grupos preocupados”, que podem

⁵ Tradução dos autores.

ser representados pelas associações de pacientes e seus familiares. Esses grupos estão envolvidos em ações coletivas que representam os seus interesses e não apenas interesses individuais. Eles possuem uma identidade coletiva e compartilhada, já que são acometidos (no caso das associações de pacientes) pela mesma doença. Os membros desses grupos, enriquecidos pelo *know how* que possuem, desempenham um papel ativo no debate político e científico.

Um exemplo de coprodução do conhecimento são os coletivos formados em torno das doenças raras, que podem ser ignoradas pela medicina e que se reúnem para provar sua existência frente aos especialistas e, até mesmo, lutar pelo seu direito de viver. Por isso, eles se engajam em uma acumulação de conhecimento científico, incluindo coleta de DNA, registro de informações clínicas, participação e avaliação dos resultados de ensaios clínicos, inquéritos de pacientes, experiências, patrocínio de pesquisas e publicação de documentos acadêmicos. Logo, o paciente se torna ativo e a interação com os especialistas é dinâmica, incluindo desde o compartilhamento de informações gerais, como o genoma, até questões mais específicas – por exemplo, conviver com determinada doença. Resulta daí a formação de um coletivo híbrido composto por especialistas e pacientes, mas com demarcação das atividades correspondentes a cada grupo. Os laboratórios continuam presentes, porém não estão separados dos pacientes, já que estes colaboram em um contexto de troca de informações.

Barbot (2006), em seu estudo sobre organizações de pacientes no cenário da aids, na França, relata que antes da epidemia a relação médico-paciente ocorria na delegação de toda a responsabilidade pelas decisões do tratamento para os médicos, decorrente da assimetria do acesso às informações científicas. Com o tempo, em função da mobilização das associações, esse modelo se transformou trazendo outra assimetria, desta vez, em favor dos pacientes: os médicos dependiam do ritmo lento das conferências e das publicações para apresentar suas pesquisas e conhecer outros resultados, enquanto os pacientes, participando das reuniões das associações ou lendo as notícias publicadas por leigos, informavam-se mais rapidamente sobre as últimas descobertas no tratamento da aids. Dessa forma, o envolvimento e a troca de informações entre as associações garantia o acesso privilegiado às novidades clínicas.

No Brasil, recentemente, representantes de associações de pacientes com doenças raras pressionaram o governo para a criação de uma política pública para o atendimento dos portadores dessas patologias, já que isso ainda não estava previsto no Sistema Único de Saúde (SUS). Essa mobilização resultou na instituição de um grupo de trabalho, integrado por representantes do Ministério da Saúde, da sociedade civil e de especialistas, cujo objetivo era construir uma proposta que prevê o atendimento dessas pessoas. É interessante notar que participaram desse GT representantes das associações de pacientes com doenças raras para elaborar o documento que, posteriormente, culminou na criação da Política Nacional de Atenção Integral às Pessoas com Doenças Raras no Sistema Único de Saúde – SUS, assinada em 30 de janeiro de 2014, pelo então ministro da Saúde Alexandre Padilha (Ministério da Saúde, 2014).

Para concretizar esse espaço de coconstrução de conhecimento, o paciente ou o grupo que o representa deve ser organizado e ter reconhecida a sua existência. Em certas situações, esses coletivos podem até mesmo desempenhar a liderança na produção e avaliação do conhecimento: podem patrocinar pesquisas sobre assuntos considerados estratégicos ou, inclusive, tomar decisões sobre ensaios terapêuticos e posterior avaliação dos resultados.

Nessa direção, Rabeharisoa e Callon (2002) citam o exemplo da Association Française contre les Myopathies (AFM), criada em 1958, que, além de elaborar uma identidade coletiva e apoiar a integração social dos pacientes, também promovia reuniões abertas entre leigos e especialistas para, juntos, criarem estratégias de combate à doença. Na AFM os pacientes se esforçam para combater a enfermidade participando de grupos de autoajuda, além de empreenderem seus esforços para entender as causas e os mecanismos da sua patologia.

Resumindo, segundo Callon (1999), a legitimidade dos conhecimentos se dá à medida que são construídos coletivamente. Isso dependerá da conciliação de interesses de diversos atores, como grupos de pessoas com doenças raras, cuja identidade e existência dependerão do conhecimento produzido, desde que esteja em foco o bem comum, não substituído por interesses particulares.

As organizações de pacientes podem desempenhar papel ativo na construção do conhecimento, mas isso vai depender das questões institu-

cionais do país em que a organização é sediada e também do tipo de doença e da forma como ela evolui – por exemplo, doenças crônicas, como diabetes e hemofilia, ou doenças progressivas, como a distrofia muscular. Para Rabeharisoa e Callon (2002), também dependerá de fatores como as estratégias de alianças com as autoridades e indústrias farmacêuticas, além de contato com outros grupos ativos no campo de investigação.

As associações têm um papel fundamental a desempenhar na luta pela legitimidade das questões que estão fora do interesse médico – por exemplo, quando o debate sobre determinadas doenças é abandonado pelas autoridades da área da saúde. Já quando ocorre o contrário, a abertura para ações coletivas acontecerá se esta for capaz de fazer alguma contribuição inédita, o que é comum acontecer quando já existe uma organização envolvida na investigação sobre a doença – por exemplo, um estudo realizado na Europa verificou que das 156 organizações catalogadas, 34% financiam pesquisas, sendo algumas criadas exclusivamente para financiar tais trabalhos (Rabeharisoa & Callon, 2002).

Segundo Callon (2009), o desenvolvimento científico e tecnológico trouxe incerteza e a sensação de que o que não sabemos é mais importante do que aquilo que temos conhecimento. Nesse sentido, as controvérsias decorrentes das instâncias públicas ressaltam a insegurança e, ao se ter consciência de que existem incertezas técnicas e científicas, é possível lançar-se a reformulação do problema e, conseqüentemente, outras questões emergem suscitando a criação de novos cenários.

Para o autor, as controvérsias não correspondem apenas à contraposição de diferentes pontos de vista, já que nem sempre ocorrem de forma amigável ou em encontros que buscam chegar a um acordo. Ao contrário, elas criam um espaço comum, com reconfigurações de problemas e identidades. Esse espaço não é fechado em si mesmo, mas habitável, aberto para novas explorações e desenvolvimento de aprendizagens.

O que importa para os atores que compõem esses fóruns é a construção de novas conexões, e para que isso ocorra é imprescindível a participação de diferentes atores, com diferentes formas de reflexão e investigação, tornando possível o estabelecimento de conexões diversas. Dessa forma, para Callon (2009), as controvérsias vão possibilitar a investigação de outras opções, que vão além das descritas pelos especialistas. Embora apresentem múltiplos desafios relacionados a um problema, as controvér-

sias sociotécnicas trazem à tona uma rede de problemas que, ao ganhar visibilidade, podem ser discutidos.

O autor denomina de fóruns híbridos esses espaços públicos onde ocorrem as controvérsias. Correspondem a espaços abertos nos quais grupos se reúnem para debater as terapêuticas que envolvem um coletivo, daí serem chamados de fórum. São híbridos porque os representantes e grupos envolvidos são heterogêneos, constituídos por leigos, especialistas, profissionais e políticos, dentre outros. Também são híbridos porque as temáticas em questão são tratadas em diferentes âmbitos, por distintos domínios de conhecimento. Os fóruns híbridos são criados em resposta às incertezas decorrentes das tecnociências, e se baseiam na experimentação e na aprendizagem coletiva. Por isso, se instalam justamente no espaço que emerge das incertezas.

Um exemplo de fórum híbrido aconteceu durante o encontro promovido pelo Instituto Baresi, intitulado “Juntos para cuidar melhor”,⁶ na cidade de São Paulo, em fevereiro de 2014. Na ocasião, assistimos a uma mesa com o título “Problema da judicialização e pesquisa dos remédios para as pessoas com doenças raras”, composta por atores heterogêneos envolvidos no debate sobre o acesso dos portadores de doenças raras a medicamentos de alto custo: representantes de associações de pacientes, do Ministério da Saúde, da indústria farmacêutica, um médico geneticista e um advogado da prefeitura paulistana. Além de discutirem o acesso, os debatedores também problematizaram as razões para o atraso na entrega de medicamentos que já foram judicializados e autorizados pela justiça, bem como a distribuição de medicação com prazo de validade vencido.

Para Callon (2009), os fóruns híbridos encaram um desafio: como lidar com as divisões que separam os especialistas e os leigos e, também, com o espaço que separa os cidadãos de seus representantes oficiais? As assimetrias decorrentes dessas divisões são agitadas nos fóruns híbridos, quando os leigos se atrevem a questionar aspectos técnicos, os cidadãos vão se agrupar para expressar suas identidades e, conseqüentemente, abandonar seus porta-vozes oficiais, conforme exposto no exemplo do parágrafo anterior.

As controvérsias presentes nos fóruns híbridos podem desencadear um processo de negociação que culminará em um processo de aprendi-

⁶ Mais informações sobre o evento estão disponíveis no site: www.institutobaresi.com.

zagem. Isso ocorre devido aos múltiplos pontos de vista, expectativas e necessidades, que não pretendem reformular as propostas dos especialistas, mas integrar também as proposições não técnicas. Por exemplo, no evento sobre doenças raras o objetivo era negociar possibilidades que garantissem o acesso aos medicamentos de alto custo, com cada ator apresentando sua versão sobre o tema, explorando dificuldades e dando sugestões para o desdobramento do assunto, com o objetivo de esclarecer dúvidas e criar propostas.

Segundo Callon (2009), não se trata apenas de mudar a linguagem, tornando-a mais acessível aos não especialistas, pois, nesse caso, o conteúdo a ser comunicado poderia continuar a ser o mesmo. A proposta dos fóruns híbridos, ao promover as controvérsias, é possibilitar a alteração do conteúdo que se está construindo, neste caso, o conhecimento sobre a saúde.

Por isso é possível considerar que os leigos adentrem no cenário científico e conheçam os projetos técnicos para que, dessa maneira, possam impulsionar os técnicos a reformularem seus projetos, propondo novas linhas de investigação e integrando demandas sugeridas pelos peritos leigos, que até então não foram consideradas. Nesse âmbito, considera-se que cada categoria de participantes possui soluções. Sendo assim, entende-se que diferentes formas de conhecimento se enriquecem mutuamente, desde o diagnóstico até a compreensão dos fatos e a forma que podem propor políticas públicas, como exposto no exemplo sobre a criação da Política Nacional de Atenção Integral às Pessoas com Doenças Raras no Sistema Único de Saúde.

3. Considerações finais: é possível dizer que pacientes e seus familiares, organizados em coletivos, participam da construção do conhecimento sobre saúde?

De acordo com Nunes (2006), a participação dos cidadãos nas discussões sobre políticas de saúde tem sido tema de estudos. Contudo, a gênese de tais iniciativas não é garantia da forma como irão se desenvolver nos espaços de participação pública. Um exemplo é o risco de esses coletivos apenas participarem de uma ação de informação e legitimação, hipótese que pode ocorrer se os grupos não estiverem amparados no mo-

delo de mobilização dos movimentos sociais ou outros coletivos que promovem uma intervenção cidadã.

É possível considerar que, ao se organizarem em coletivos, os pacientes ampliam seu escopo de participação no debate sobre a saúde, promovendo um espaço de interlocução entre especialistas e leigos, nos quais os primeiros contribuirão com o conhecimento científico e os segundos, com o relato da experiência com a doença. Ademais, ao se tornarem especialista na sua doença, adquirindo conhecimento científico, ao participar de congressos e buscar a literatura internacional, além de questionar as possibilidades de tratamento, os pacientes podem, em muitos casos, colaborar com os profissionais da saúde fornecendo informações sobre uma doença específica. Quando estão aglutinados em associações, podem construir um banco de dados com relatos de experiência e literaturas desejáveis para qualquer centro de pesquisa.

É necessário, porém, problematizar os limites dessa participação, pois, embora híbridos, não significa que os fóruns sejam um espaço igualitário. Por exemplo, o primeiro critério de participação é adquirir conhecimento sobre a doença, ou seja, para que se torne possível o diálogo com especialistas é necessário que o leigo adquira repertórios científicos que o tornem um perito leigo. A informação torna-se um instrumento que favorece o acesso ao debate e, também, um instrumento de contrapoder.

Prior (2003) argumenta que os pacientes podem ter amplo conhecimento sobre sua doença e suas condições de vida, mas também podem se transformar em especialistas para desafiar a hegemonia médica. Contudo, na maioria dos casos, essas pessoas não são especialistas; raramente são peritos na coleta dos fatos e da resolução diagnóstica, de modo que o conhecimento leigo possui limitações.

Outra limitação é o fato de o leigo não poder relacionar os sintomas de uma doença com outros diagnósticos. Pode-se afirmar que são especialistas do seu próprio corpo e comportamento, mas a experiência é limitada, daí o conhecimento ser parcial e restrito. Os leigos possuem experiência da enfermidade, mas não têm habilidade para fazer o diagnóstico e propor o tratamento da doença; por isso, somente pelo fato de possuir experiência é que se pode falar neste sujeito como perito leigo. Possuem conhecimento sobre seu próprio corpo, suas dores e como seu organismo reage à medição. Algumas vezes também detêm conhecimento detalhado de outras

peças com o mesmo diagnóstico. No entanto, a experiência não é suficiente para entender a complexidade da doença (Prior, 2003).

Contrapondo a autora, outra concepção do conhecimento leigo destaca o valor atribuído à experiência. A capacidade que as associações possuem para mobilizar a experiência dos pacientes traz à tona questões que podem evocar informações que ainda não foram registradas no conhecimento formal (Rabeharisoa, 2008). Por exemplo, no caso do diagnóstico de câncer de mama, nos movimentos posteriores à década de 1990, os ativistas utilizaram diferentes estratégias para retratar aos especialistas a experiência com a doença: produção de literatura e filmes sobre a experiência pessoal com o câncer de mama; grupos de apoio para troca de histórias pessoais das mulheres afetadas e informações sobre tratamentos, ensaios clínicos, indicação de médicos e a criação de organizações que se apoiam na experiência coletiva dos seus membros para pressionar as instâncias municipais, estaduais e federais no que se refere aos direitos da mulher com câncer de mama (Rabeharisoa, 2008).

De acordo com a autora, o gerador de conflito entre os peritos leigos e os médicos é a natureza do conhecimento, que pode ser oposto ao conhecimento científico, ser insuficiente e até irrelevante. A perícia baseada na experiência do paciente não possui a mesma legitimidade e autoridade do conhecimento científico. Ainda que considerada a sua importância como expressão do real, não se trata de um conhecimento suficiente para embasar as decisões.

Porém, a experiência adquirida no convívio com uma doença atribuída aos pacientes e seus familiares um conhecimento único, que os cientistas não seriam capazes de reproduzir em laboratórios. Atribuímos a esse conhecimento outras motivações e inquietações que irão mobilizar essas pessoas, tais como a esperança da cura ou o acesso a algum tratamento ainda não oferecido pelo sistema de saúde, participar e movimentar o debate sobre a saúde.

Outra forma importante de participação nesse debate é por meio da construção das políticas públicas – como a recente aprovação da Política Nacional de Atenção Integral às Pessoas com Doenças Raras, resultado dos debates de um grupo de trabalho composto por pacientes e seus familiares, representados em associações, especialistas médicos e integrantes do Ministério da Saúde.

Para Rabeharisoa (2003), esses coletivos de pacientes têm ficado cada vez mais visíveis no cenário médico, inclusive com o seu envolvimento nas pesquisas clínicas que envolvem a própria doença. Constituem uma tendência, com possibilidade de alterar a política de saúde com a presença dos novos atores coletivos no processo de criação e desenvolvimento das políticas de saúde (Allsop, Jones, & Baggott, 2004).

Portanto, ressaltamos que alguns modelos de associações de pacientes refletem a capacidade de produzir conhecimento acerca da saúde e de intervir politicamente em defesa dos direitos e das necessidades dos pacientes. São novos atores democráticos que ocupam espaços legítimos de contestação e que vão compor o cenário complexo no debate sobre saúde.

Referências

- Allsop, J., Jones, K., & Baggott, R. (2004). Health consumer groups in the UK: a new social movement? *Sociology of Health & Illness*, 26(6), 737-756.
- Barbot, J. (2006). How to build an “active” patient? The work of AIDS associations in France. *Social Science & Medicine*, 62, 538-551.
- Callon, M. (1999). The Role of Lay People in the Production and Dissemination of Scientific Knowledge. *Science, Technology & Society*, 4, 81-94.
- Callon, M., Lascoumes, P., & Barthe, Y. (2009). *Acting in an uncertain world: an essay on technical democracy*. Cambridge, Mass: MIT Press.
- Filipe, A. M. (2009). Actores colectivos e os seus projetos para a saúde: o caso das associações de doentes em Portugal. *Eä – Revista de Humanidades Médicas & Estudos Sociais de la Ciencia y la Tecnología*, 1(2), 1-48.
- Filipe, A. M. (2010). A vida como política? Debates contemporâneos sobre saúde, (bio) medicina e cidadania. *Oficina do CES*, 338, 1-35.
- Foucault, M. (2008). *Segurança, Território, População*. São Paulo: Martins Fontes.
- Latour, B. (2005). *Reassembling the social: an introduction to Actor-Network-Theory*. Oxford: Oxford University Press.
- Law, J. & Mol, A. (2002). *Complexities: social studies of knowledge practices*. Durham, NC: Duke University Press.
- Ministério da Saúde. (2014). Ministério da Saúde lança diretriz voltada à pessoa com doença rara. Acesso em 25 de fevereiro, 2014, em <http://www.brasil.gov.br/saude/2014/01/saude-lanca-diretriz-voltada-a-pessoa-com-doenca-rara>

- Nunes, J. A. (2006). A pesquisa em saúde nas ciências sociais e humanas: tendências contemporâneas. *Oficina do CES*, 253, 1- 36.
- Parker, R. (Org.). (1997). Políticas, instituições e AIDS: enfrentando a epidemia no Brasil. Rio de Janeiro: Jorge Zahar.
- Prior, L. (2003). Belief, knowledge and expertise: the emergence of the lay expert in medical sociology. *Sociology of Health & Illness*, 25, 41-57.
- Rabeharisoa, V. (2003). The struggle against neuromuscular diseases in France and the emergence of the “partnership model” of patient organisation. *Social Science & Medicine*, 57, 2127-2136.
- Rabeharisoa, V. (2008). Experience, Knowledge and Empowerment: The Increasing Role of Patients Organizations in Staging, Weighting and Circulating Experience and Knowledge. State of the Art. In M. Akrich, J. A. Nunes, F. Paterson, & V. Rabeharisoa (Eds.), *The dynamics of patient organisations in Europe* (pp. 133-182). Paris: Presses de L'École de Mines.
- Rabeharisoa, V. & Callon, M. (2002). The involvement of patients' associations in research. Malden, MA: Blackwell Publishers.
- Rose, N. & Novas, C. (2004). Biological citizenship. In A. Ong & S. J. Collier (Eds.), *Global assemblages: technology, politics, and ethics as anthropological problems* (pp. 439-463). Oxford: Blackwell Publishing.
- Spink, M. J. (Org.). (2013). *Práticas discursivas e produção de sentidos no cotidiano: aproximações teóricas e metodológicas*. Rio de Janeiro: Centro Edelstein de Pesquisas Sociais. Acesso em 20 de fevereiro de 2014, em <http://www.bvce.org/LivrosBrasileirosDetalhes.asp?IdRegistro=261>

Desafios do cuidado em saúde mental na atenção básica

Luciana Nogueira Fioroni

Fernanda Rebouças Maia Costa

Introdução

O presente texto é um relato sistematizado de uma investigação participante que busca problematizar a relação entre cuidado em saúde mental e atenção básica, a partir de marcos conceituais da Psicologia Social Crítica (PSC), Psicologia Social Comunitária e Saúde Coletiva. Destacam-se os conceitos de Processo de Trabalho em Saúde (Mendes-Gonçalves, 1994; Merhy, 2002), Subjetividade (Rey, 2003, 2004), Cuidado em Saúde (Ayres, 2009, 2011) e Grupo Operativo (Pichon-Riviére, 2005). A investigação teve como objetivo refletir e promover elementos de transformação nos modos de conceber e oferecer o cuidado em saúde mental em uma Unidade de Saúde da Família (USF) no interior do estado de São Paulo.

A principal motivação para o desenho desta investigação participante relaciona-se às dificuldades de as equipes de Saúde da Família realizarem o cuidado em saúde mental no contexto da Atenção Básica (AB), que requer, entre outras diretrizes, a aproximação e ação junto à comunidade, demandando dos profissionais de saúde uma nova forma de cuidado que não seja exclusivamente individual, no modelo de consulta médica e reprodução da prescrição psiquiátrica. Considerando tal contexto, defendemos a possibilidade de pensar e desenvolver um cuidado em saúde mental que implique, ao mesmo tempo, profissionais atuando em uma nova lógica de atenção a saúde - pautada em uma perspectiva democrática, social, crítica e interdisciplinar -, e em sujeitos, aos quais esse cuidado é endereçado. Isso para que se reconheçam no processo de construção do cuidado e sejam respeitados em seus modos de ser e em projetos de vida. Esse desafio no campo da saúde, para nosso interesse específico o campo da saúde mental, implica entre outras coisas, a necessidade de compreensão do processo de constituição dos saberes mentais e do domínio técnico

co da dimensão emocional pelos profissionais psi (psicólogos, psiquiatras, psicanalistas, psicoterapeutas, psicopedagogos), bem como na questão das práticas em saúde como práticas sociais micropolíticas que podem ser libertadoras ou constituírem práticas de controle.

Nesse sentido, retomaremos brevemente os processos históricos de determinação do trabalho e de construção de saberes e práticas de tratamento em saúde.

Breve percurso sobre a construção dos saberes e práticas em saúde

Recorrer à discussão que Foucault (2003) faz em “O nascimento da medicina social” pode nos ajudar a pensar nas transformações ocorridas a partir do século XVIII, quando o surgimento dos Estados e do modo de produção industrial produziu um novo objeto de interesse estratégico: a relação entre saúde e população. Esse modelo de medicina como prática social operou mudanças na forma de pensar o mundo e as relações entre as coisas, inaugurando uma racionalidade ancorada no desenvolvimento do capitalismo. O corpo, por exemplo, passou a ter um novo significado social como sede da força de trabalho, abrindo terreno para a instauração de um novo tipo de relação entre Estado-saber-indivíduo, chamado por Foucault (2003) de biopoder. Nesse cenário, as ações em saúde passaram a ter a importante função de controlar as doenças em escala social e como forma de ampliar efetivamente os direitos e o consumo das classes trabalhadoras. Nasceu assim uma concepção instrumental, individualizante e biológica da categoria doença.

Como efeito dessa nova racionalidade científica e do desenvolvimento do capitalismo – que operou transformações drásticas no processo de trabalho – vivemos perdas na relação entre processo de trabalho em saúde e necessidades de saúde. Elas passaram a corresponder ao consumo de serviços de assistência com foco na doença e saúde, que foi reduzida a atos de consumo individual. Daí o equívoco de pensar que os problemas do campo da saúde se resolverão através do consumo individual de atos de assistência, e não a partir de problematizações que tratem dos determinantes do processo saúde e doença e do processo de trabalho em saúde. Aqui os objetos do trabalho em saúde são transformados em fins e alimenta-se a lógica quantitativa e patológica para pensar a organização dos serviços de saúde.

O campo da saúde ainda experimenta as repercussões negativas da fragmentação do trabalho e do saber, da hegemonia do saber especializado, organizando o trabalho de forma compartimentalizada e legando à dimensão cuidadora uma posição secundária (Merhy, 2002). Sendo o trabalho (em saúde) uma práxis social, é dentre outros tantos, um produto do modo de organização social e subjetivo característico do capitalismo, que atualmente apresenta contornos próprios da chamada “modernidade tardia” (Bauman, 1998). A divisão social do trabalho instituiu e naturalizou dois territórios muito bem definidos: o do saber-poder e o do não saber, legitimando a divisão e desigualdade entre trabalho manual e intelectual. O primeiro é identificado como o lugar da verdade, da competência e da legitimidade, sendo o segundo desqualificado, segregado, e até mesmo visto como perigoso, necessitando ser tutelado (Coimbra, 1990; Coimbra & Leitão, 2003; Foucault, 2003).

Os trabalhadores da saúde, em geral, atuam de modo a reforçar o seu núcleo profissional pelas mesmas determinações históricas e sociológicas, a partir da formação acadêmica fragmentada, individualizante e biologicista que recebem. As instituições de ensino superior, ainda hoje, oferecem formações não pautadas nas necessidades sociais de saúde da população e centrada nos saberes uniprofissionais, o que remete a um projeto societário não comprometido com um modelo de cuidado integral em saúde.

Entendemos que o cuidado integral ou a integralidade podem ser considerados como respostas à racionalidade biomédica ainda presente nas práticas de saúde, da forma como Mattos (2005), Pinheiro (2008) e Ayres et al. (2006) discutem. A formação em saúde pautada hegemonicamente na verticalidade do conhecimento, na segurança dos procedimentos padronizados e na eficiência das tecnologias duras, acaba gerando marcas específicas nos modos de realizar o cuidado em saúde. Tais marcas como a linearidade, regularidade, neutralidade, fragmentação do processo saúde e doença, bem como, medicalização do corpo, do sofrimento e da vida produzem discursos e práticas prescritivos, normatizadores, disciplinadores e uniformizantes. Nessa lógica, há pouco espaço para a singularidade, a criatividade, a produção intersubjetiva de respostas mais coerentes, significativas e realmente eficientes na direção dos desejos e necessidades tanto dos trabalhadores como dos usuários.

Mattos (2005) explora três sentidos para a idéia de Integralidade, entre eles o sentido referente à construção de respostas ao sofrimento dos pacientes e a um cuidado não reducionista ou patologizante, pois isso criaria silenciamentos. A Integralidade estaria no encontro, na conversa, na escuta clínica, na construção de uma relação dialógica onde o paciente traz de forma ativa e legítima suas queixas, demandas (implícitas e explícitas) e as respostas de enfrentamento já construídas, ou seja, traz sua história (Pinheiro, 2008).

Segundo Ayres (2011), a incorporação da Integralidade na construção de novos saberes e práticas aponta para a dimensão da práxis que produziria mudanças efetivas na direção da politização dos sujeitos, profissionais e usuários do sistema de saúde. Operar a Integralidade implicaria um saber-fazer complexo, que busca sintonizar a oferta de cuidado em saúde adequada à necessidade e ao contexto específico apresentados.

O campo da saúde mental e as práticas na atenção básica

No caso dos psicólogos, a forma como pensam e organizam o seu processo de trabalho, nas instituições de saúde, origina-se e ainda é fortemente influenciada pelo processo histórico de constituição dos saberes mentais e das práticas e profissões de radical “psi”.

Historicamente, a Psicologia como ciência colocou-se dentro do rol dos detentores do saber sobre as questões emocionais do sujeito, e hoje, o psicólogo como profissional, muitas vezes ainda atua desconsiderando, nas suas práticas em equipe, o que outros profissionais já realizam nessa área, perpetuando uma atuação individual e pré-determinada que não empodera os demais profissionais.

Os profissionais “psi” trazem na constituição dos seus campos profissionais uma histórica fragmentação dos saberes e das práticas, que têm ligação com os modos de funcionamento das políticas da sociedade e de constituição do conhecimento, bem como das micropolíticas de controle, de produção de indivíduos e de disciplinarização dos corpos (Castel, 1987). Tal argumento explicita a relação entre a fragmentação do saber-fazer e o processo de objetificação do outro.

No campo da saúde mental, observa-se a permanência de valores, conceitos e modos de intervir que remetem à conformidade com a or-

dem instituída, produzindo estados disciplinados justificados com ‘boas intenções’ que são questionáveis. Entretanto, não se pode deixar de considerar os avanços que a própria Psicologia tem produzido por meio de sua inserção na Reforma Psiquiátrica e Reforma Sanitária, na tentativa de superar essa origem histórica e epistemológica de normatização, com especial atenção para o investimento na AB e o reconhecimento da relevância do cuidado às questões emocionais do sujeito nesse nível de atenção. Na década de 1990, com a implementação dos Centros de Apoio Psicossociais (CAPS) e com a nova estruturação das unidades de saúde na AB, configuradas a partir do modelo da Estratégia Saúde da Família (ESF), demandas por uma nova gestão da saúde e da clínica passam a ganhar corpo e desafiar o fazer em saúde, ao mesmo tempo que trouxeram desafios para a própria população usuária do serviço. O cuidado baseado na territorialização, o modelo de gestão compartilhada, a necessidade de um trabalho multiprofissional integrado e a inserção de novas especialidades nesse nível de atenção (médicos de família, psicólogos, educadores físicos, nutricionistas, fisioterapeutas, entre outros) representaram conquistas na direção de enfrentar as limitações existentes da organização do sistema de saúde e também de responder de forma mais legítima e integral à complexidade do Cuidado em Saúde na Atenção Básica, que valoriza, especialmente, ações de promoção da saúde e prevenção de agravos.

A AB tem como diretriz oferecer atenção integral e humanizada, considerando múltiplas dimensões do sujeito, mas muitas vezes não consegue atingir esse pressuposto, deixando de lado também a subjetividade e o sofrimento psíquico. Para o melhor manejo da saúde mental nesse nível de atenção, a proposta do Ministério da Saúde é estabelecer um trabalho compartilhado entre equipes de saúde da família e profissionais especializados, por meio do desenvolvimento do apoio matricial. Esse apoio consiste em um arranjo organizacional, sendo, ao mesmo tempo, uma metodologia de trabalho para oferecer retaguarda assistencial e suporte técnico-pedagógico às equipes de referência (Campos & Domitti, 2007; Ministério da Saúde, 2009). Nesse arranjo, os profissionais, incluindo o psicólogo, passam a ocupar uma função de apoio técnico e pedagógico, buscando desenvolver práticas mais horizontais e descentralizadas.

Ao aumentar a capacidade das equipes de saúde da família para lidar com o sofrimento psíquico e integrá-las aos demais pontos da rede

assistencial, o apoio matricial possibilita que a prevenção e o tratamento dos sofrimentos psíquicos, assim como a promoção da saúde e a reabilitação psicossocial, aconteçam também na AB.

A saúde mental é um tema recorrente, principalmente no que se refere à demanda espontânea, às necessidades de saúde apresentada pelos usuários e aos pedidos de capacitação que as equipes endereçam. Segundo Delfini, Sato, Antoneli e Guimarães (2009), o Apoio Matricial na saúde mental surgiu a partir da constatação de que é preciso incorporar a AB ao processo para a Reforma Psiquiátrica avançar. Nesse sentido, os profissionais da saúde mental, assim como os demais, deveriam ter como tarefa, além de atuar como apoiadores, desmistificar a ideia de que só os especialismos trazem resolutividade, estimular a perspectiva da integralidade como efetiva na promoção da saúde. Evita-se, assim, que o saber soberano da Medicina-Psiquiatria apenas mude de especialidade, e o psicólogo assumo-o, reduzindo não mais o sofrimento à dimensão orgânica, e sim ao viés psicodinâmico (Pietroluongo & Resende, 2007). Com isso, queremos destacar os riscos de que a prática do psicólogo reproduza o mesmo reducionismo no campo das explicações exclusivamente psicodinâmicas, colaborando para a manutenção da perspectiva individualizante e culpabilizadora direcionada aos sujeitos que experimentam e buscam ajuda para seus sofrimentos psíquicos.

Ao falarmos de sofrimento psíquico, não nos limitamos à ideia de transtorno mental, mas ao componente de sofrimento subjetivo associado a toda e qualquer doença ou condição de vida, considerando que “todo problema de saúde é também – e sempre – mental, e que toda saúde mental é também – e sempre – produção de saúde” (Ministério da Saúde, 2009, p. 38).

Na medida em que o trabalhador precisa cuidar do sofrimento psíquico dos usuários, sofre uma série de impactos. Empoderá-los para tal fim inclui, principalmente, criar instrumentos de suporte para que eles possam lidar com as próprias dificuldades e identificações positivas e negativas com os diversos tipos de situação (Ministério da Saúde, 2009). A dimensão subjetiva dos trabalhadores é algo inseparável das condições materiais e objetivas da relação capital e trabalho, gerando medo, angústia, alienação e apontando para uma relação impessoal e/ou de domínio sobre o outro. A importância de considerar esse contexto é entender os

trabalhadores como sujeitos em situação, postos em contextos específicos e vivendo sob condições determinadas, que na maioria das vezes não foram resultado de uma livre escolha, mas de diversas necessidades (Pereira, 2008).

Segundo Marazina (1989), as equipes, ao lidarem com a saúde mental, articulam dois discursos que se encontram em constante contraposição: um explícito, que se destaca como objetivo da reintegração à sociedade, diminuição do sofrimento, defesa da dignidade humana, entre outros; e um oculto, que se refere às precárias condições de trabalho, aos mecanismos de institucionalização/internação de sujeitos como solução de tratamento e à falta de espaços de reflexão que suportem suas práticas. O risco aqui reside nos trabalhadores se constituírem ‘messias’ que perseguem arduamente o discurso explícito, ou ficarem frustrados por não darem conta da demanda endereçada em meio à influência significativa dos conteúdos do discurso implícito. Qualquer prática que leve a sério os objetivos explícitos enunciados e provoque implosões que analisem os objetivos ocultos das práticas assistenciais causará enormes incômodos e resistências aos trabalhadores, colocando em jogo fortes ansiedades persecutórias e jogos dissociativos que impedem a reflexão. Isso para que o “não saber” de cada trabalhador não fique evidente. Confessar o não-saber faz com que se aproximem da falta, da confusão e da loucura daqueles que temem cuidar (Marazina, 1989). Como resultado, as constantes queixas de falta de apoio remetem à validação de um poder sempre externo e salvador, que poderia propiciar a tão esperada mudança, e muitas vezes o psicólogo assume esse lugar.

Nesse sentido, qual seria a dimensão técnica e emocional necessária para lidar com o sofrimento psíquico? A primeira questão que discutiremos refere-se à forma hegemônica de racionalidade vigente (Pelbárt, 1991). O autor defende a necessidade de desmontar essa racionalidade e ser afetado pelo outro, portador de um sofrimento ou de uma lógica de construção de sentidos muito diverso da lógica técnica, racionalizada e científica. Essa costuma ser a limitação mais basal que emperra o trabalho com a saúde mental.

A segunda questão diz respeito à necessidade de que o profissional se reconheça em um processo de trabalho que seja um cuidado real e legítimo das necessidades do outro, e esse cuidado envolve contextos

de intersubjetividade, em encontro, em troca, ou seja, os profissionais de saúde precisam ser afetados. Criar recursos para suportarmos o outro como ele é, de forma que, mediante uma presença reflexiva e intencional, não nos confundamos e nos identifiquemos com o sujeito que sofre, sempre nos percebendo nessa relação. Em suma, estar suficientemente outro apesar de próximo.

As tecnologias relacionais baseadas nos manejos vinculares, que pressupõem utilizar o vínculo como recurso de manejo clínico, abertura e disponibilidade para o contato, constituem uma potente ferramenta de intervenção. O ponto central dessa nova forma de atuação em saúde mental é a presença clínica orientada, a intensificação de investimento humano. Isso não se relaciona com um fazer simples, mas com uma prática extremamente complexa que requer reflexividade técnica durante todo o tempo de execução, e entende a sofisticação na saúde mental enquanto relacionada ao pensar clínico e interação entre as pessoas, no momento em que elas se encontram, produzindo escuta, interpretação, cumplicidade e confiabilidade. As noções de vínculo trazidas por Pichón-Rivière (1998) e Isidoro Berenstein (2004) fundamentam o discurso sobre as tecnologias relacionais baseadas em manejos vinculares, visto que o vínculo refere-se às formas particulares de relações que estabelecemos com o objeto, a conversão do alheio em familiar.

Merhy (2002) traz o conceito de tecnologias leves, através do qual apresenta o cuidado e a relação usuário-trabalhador como matéria-prima da clínica, baseada e em busca de novas singularidades, de processos territorializantes e emancipadores, uma clínica que se faça em ato e por meio da relação. Idealizar usuários de saúde e trabalhadores em relação é reconhecer que ambos constroem seus papéis intersubjetivamente, entre si e uns com os outros, nas esferas microssociais de que fazem parte.

É justamente o pensamento de uma construção conjunta que nos remete à ideia de fortalecimento comunitário trazida por Maritza Montero (2003), que discute o poder como resultado da reflexão, consciência crítica e ação coletivas da comunidade, a partir de uma visão de mundo e de homem em sua condição histórica, que situa os acontecimentos em uma perspectiva dialética, e concebe a realidade social comum e compartilhada como resultado das relações interpessoais. A Psicologia Comunitária

ressalta o caráter de ação e mudança social, em que os principais atores são as pessoas comuns, sejam elas trabalhadores ou usuários, no enfrentamento cotidiano da vida. O psicólogo seria um facilitador das mudanças desejadas e necessárias, não devendo entretanto assumir isoladamente o protagonismo desse processo. Assim, além da competência clínica, é necessário o desenvolvimento de uma competência política e articulação de sujeitos e interesses. Tais saberes e competências não são exclusivos da atuação do psicólogo social, embora sejam sua marca. Inclusive, um dos papéis que deveria ser incorporado ao trabalho nos territórios é exatamente a promoção de espaços e oportunidades de desenvolvimento de tais saberes e competências junto à equipe de saúde.

Fortalecimento comunitário (Montero, 2009) diz respeito ao processo mediante o qual membros de uma comunidade desenvolvem conjuntamente capacidades e recursos para controlar sua situação de vida, atuando de maneira comprometida, consciente e crítica, para propiciar a transformação de seu entorno, segundo suas necessidades e aspirações, e transformando-se ao mesmo tempo. Esse processo traz à tona os contextos de intersubjetividade componentes das relações de Cuidado em Saúde, que são complexas e buscam promover a transformação dos usuários do serviços de saúde em atores reais e legítimos do processo de gestão da saúde local.

O conceito de fortalecimento comunitário aponta um modelo de desenvolvimento humano e social (destacando a dimensão política, no sentido amplo, da participação ativa sobre o que é público/comum) da valorização da atividade humana como responsável pela vida e pelo lugar que ocupa. Portanto, os sujeitos sociais - profissionais e comunidade - seriam ativos na construção de mudanças locais positivas. Para nossos fins, tomamos a ideia de comunidade como os arranjos territoriais que fazem parte da área de abrangência da ESF.

Esse aspecto se aproxima bastante da discussão sobre território como espaço material, simbólico e cultural, produto da relação de um grupo em relação ao espaço vivido, e a construção de significados sociais e individuais, como colocam Pereira e Barcellos (2006). Além dessa concepção de território, partilhada no campo da Saúde Coletiva, destacamos os conceitos de integralidade (Ayres et al., 2006; Pinheiro, 2008) e clínica ampliada (Campos, 2003; Cunha, 2005; Merhy et al., 2006).

A partir das considerações feitas até aqui, destaca-se o cuidado em saúde mental como uma ação política fruto de uma construção conjunta, legítima e significativa de saberes, para compreender e intervir sobre o sofrimento psíquico, bem como a compreensão de que esse sofrimento não é produzido individualmente, mas tem fortes relações com o atual modo de produção, produção material, produção de subjetividades, produção de sentidos para o que é sofrimento e em contraponto, para o que seria bem viver.

Dessa forma, o presente artigo relata uma prática sistematizada, desenvolvida em uma USF que buscou investigar, refletir e produzir elementos de mudanças no modo de organizar e oferecer o cuidado em saúde mental em uma Unidade de Saúde da Família (USF), a fim de proporcionar um espaço em que a equipe pudesse reconhecer e criar significados para os seus processos como grupo, problematizando as ações em Saúde Mental e manejando poderes, afetos e pensamentos que obstaculizam o cuidado.

Método

A sistematização dessa experiência de investigação e intervenção está apoiada na abordagem qualitativa de pesquisa caracterizada como pesquisa-ação (Thiollent, 1994) que é produzida motivada e associada a um problema coletivo, na qual pesquisadores e participantes estão envolvidos de modo cooperativo em alguma ação. Tomando a natureza do nosso objeto de investigação, entendemos que a perspectiva da pesquisa qualitativa em saúde, influenciada por elementos da pesquisa em ciências sociais, mostra-se adequada e sensível ao caráter processual e complexo do fenômeno em questão. (Demo, 1995; Minayo & Deslandes, 2002)

Partimos da idéia de que a existência de um duplo sujeito investigador supõe o reconhecimento de que, ao lado do saber acadêmico existem outras formas de saber (saber leigo, saber da tradição, saber da experiência), que devem ser valorizadas, pois provocam transformação e enriquecimento desses saberes acadêmicos/técnicos. Trata-se de um encontro dialógico que produz mudanças nos dois tipos de conhecimento.

O campo empírico da investigação foi uma Unidade de Saúde da Família (USF) de um município no Estado de São Paulo, que recebe alunos

de graduação e pós graduação de uma instituição pública de ensino superior, o que traz especificidades tanto para a organização do trabalho da equipe profissional quanto para a forma de ofertar cuidados à população sob sua responsabilidade. Junto a essa USF é desenvolvido, entre outros, um Programa de Residência Multiprofissional, que prevê um grupo de residentes de diferentes formações na área da saúde. Os residentes devem desenvolver ações de cuidado e pesquisa em dois arranjos organizacionais: equipe de referência (enfermagem, odontologia) e equipe matricial (psicologia, nutrição, educação física, fisioterapia, serviço social). Uma das autoras foi residente psicóloga do Programa mencionado (2010-2011) e atuava como apoio matricial junto a duas equipes de saúde da família. A inserção cotidiana no serviço e os espaços de reflexão e problematização da gestão do cuidado em saúde foram estratégias importantes para que o foco do trabalho fosse definido, assim como o desenho metodológico e a análise dos dados.

Visando atingir os objetivos propostos, optou-se por realizar um projeto de Grupo Operativo com os profissionais da USF, totalizando 13 pessoas. Os convites foram feitos, e as normas éticas respeitadas de acordo com a resolução n. 466, de 12 de dezembro de 2012 do Conselho Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP). Recebemos o aceite de 10 profissionais, e os dados resultantes dos encontros do grupo operativo foram gravados em áudio e também registrados manualmente pela co-coordenadora, sendo posteriormente transcritos literalmente e organizados em núcleos de sentido.

As participantes eram todas do sexo feminino, com idade entre 21 e 55 anos. O tempo de trabalho na USF variou entre 5 meses e 11 anos, e a escolaridade foi correspondente à função que ocupam no trabalho.

Considerando o trabalho de Equipe em Saúde como uma “rede de relações entre pessoas, rede de relações de poderes, saberes, afetos, interesses e desejos, onde é possível identificar processos grupais” (Fortuna et al., 2005, p. 264), a técnica escolhida para a pesquisa-intervenção foi a do Grupo Operativo (Pichon-Rivière, 1998, 2005). Trata-se de uma forma de trabalho em grupo, que se propõe a intervir na realidade por meio da interação entre as pessoas, com vistas à aprendizagem, cuja linha de pensamento baseia-se numa leitura coerente, avaliação e apropriação instrumental da realidade em direção ao alcance de uma tarefa (Grando, 2007; Pichon-Rivière, 2005).

O trabalho grupal vem sendo estudado prioritariamente pelas Ciências Sociais, em especial pela Psicologia Social e Psiquiatria, nos chamados grupos terapêuticos, tendo como apoio significativo autores como Pichon-Rivière. Em seu livro *O processo grupal*, o autor relata seus trabalhos com grupos operativos, produto de uma investigação interdisciplinar realizada com uma comunidade na cidade de Rosário na década de 1950. Sua proposição teórica define e explicita esquema conceitual referencial e operativo (ECRO) que permitiria a compreensão das leis estruturantes do processo grupal. Utiliza uma ilustração de cone invertido: na base estão os conteúdos explícitos, no vértice estão as situações universais ou implícitas, e, entre esses dois polos, há um movimento dialético de questionamento e esclarecimento no sentido do “explícito” para o “implícito”, com o objetivo de explicitá-lo. Essa dialética de questionamento e explicitação seria a tarefa central do grupo, que permite a produção do conhecimento. Esse movimento grupal favoreceria a observação, a escuta, a troca de opiniões, o contato e a aceitação de pensamentos e ideologias diferentes das próprias, compondo um trabalho em equipe a partir da execução de uma dada tarefa.

Através do grupo, é possível aos integrantes abordarem dificuldades da tarefa (no caso, o cuidado em Saúde Mental), a fim de mobilizarem “estruturas estereotipadas, que operam como obstáculo para a comunicação e a aprendizagem, e que são geradas como técnica de controle da ansiedade diante da mudança” (Pichon-Rivière, 2005, p. 245).

Foram realizados sete encontros, nos meses de janeiro e fevereiro de 2011, com periodicidade semanal e duração de uma hora, na sala de reuniões da própria USF. Os encontros contaram com a presença de uma coordenadora e uma co-coordenadora, sendo a primeira responsável por este trabalho, e a segunda voluntária¹. A seguir, apresentamos as temáticas trabalhadas.

1° encontro: realização dos acordos do início do grupo e apresentação de cada participante nesse novo espaço.

2° encontro: O que é fazer um cuidado em saúde mental

3° encontro: O cuidado em saúde mental e a ferramenta ‘escuta’ a partir de tarjetas disparadoras (estratégias de parceria, julgamento moral, cobrança/pressão, ética, resolutividade).

¹ A coordenadora tem formação em Psicologia e a co-coordenadora em Terapia Ocupacional.

4° encontro: O que é necessário para estar preparado para fazer o cuidado em Saúde Mental.

5° encontro: Como vocês se sentem no papel que ocupam dentro da equipe, no trabalho da USF.

6° encontro: Quem sou eu no meu trabalho.

7° encontro: Como essa equipe pode se organizar para oferecer um cuidado em saúde mental à comunidade.

A definição de perguntas geradoras e disparadores foi sempre pautada na produção do grupo a cada encontro, que era analisada logo após a atividade e permitia o planejamento dos encontros subsequentes. Para análise dos dados transcritos, utilizou-se a Técnica de Análise de Conteúdo temática (Bardin, 2010), que permitiu produzir, a partir do material transcrito, núcleos de sentido organizados em dois eixos: **Equipe como foco de cuidado e Equipe como grupo**.

Vale destacar que a análise dos dados produzidos com a atividade grupal desta pesquisa tem como diretriz um certo modelo de Produção da Saúde, baseado em um Cuidado focado nas necessidades dos sujeitos usuários dos serviços, em uma perspectiva dialógica das relações humanas, no fortalecimento do trabalho em saúde mental na AB e no desenvolvimento da autonomia dos sujeitos, tanto trabalhadores quanto sujeitos/grupos alvo do cuidado em saúde.

Resultados e discussão

Os resultados apresentam-se a partir dos eixos temáticos, e, para cada eixo, organizamos a discussão articulando os núcleos de sentido.

1. Equipe como foco do cuidado

Esse eixo temático foi construído a partir da análise dos relatos da equipe sobre sua necessidade de cuidado, entendendo cuidado de forma ampliada e referente ao apoio teórico, técnico e emocional para os trabalhadores, bem como uma ferramenta de trabalho para o cuidado em saúde mental da comunidade. Foi composto por núcleos de sentido que representam fontes de sofrimento ou necessidades de cuidado para os

trabalhadores. Destacamos três núcleos interrelacionados: Cuidado em saúde mental como apoio teórico, técnico e emocional; Necessidade de autocuidado e cuidado com a saúde do trabalhador; Fontes de sofrimento.

O núcleo Cuidado em saúde mental como apoio teórico, técnico e emocional, aponta para a importância da sistematização do saber-fazer em saúde e para as fragilidades da formação do profissional de saúde tanto de nível técnico quanto de nível superior. Tal Cuidado considera a complexidade dos objetos de trabalho em saúde, fazendo aqui o recorte da saúde mental, que demanda ao mesmo tempo um aprofundamento do conhecimento específico (psi) e sua integração com os outros saberes específicos e leigos, além de novas formas de organizar o trabalho incorporando novas tecnologias que provocam mudanças significativas no processo de trabalho (Peduzzi, 2002; Peduzzi & Schraiber, 2009). Tais mudanças podem ser materializadas nas práticas interdisciplinares e nos fóruns democráticos de gestão e controle social que, para seu desenvolvimento efetivo, requerem que os trabalhadores da saúde(mental) assumam desafios, dos quais destacamos a necessidade de qualificação permanente nas dimensões técnica, ética-política e relacional.

Para apoiar nossa discussão recorreremos ao conceito de Cuidado em Saúde, tal como proposto por Ayres (2011), a partir da escola de Cecília Donnangelo e Mendes Gonçalves: atenção em saúde como o Cuidado de pessoas que têm projetos de vida, reconhecendo os contextos de intersubjetividade que permeiam esse fazer-ser. Nessa perspectiva, Ayres (2011) recoloca dois elementos estruturantes da atenção em saúde: o êxito técnico e o sucesso prático, que devem estar em relação de complementaridade, preservando o encontro de sujeitos e saberes diferentes em sua natureza e efeito, mas iguais em valor. Queremos com isso ressaltar que o cuidado em saúde mental na AB requer sujeitos trabalhadores de saúde empoderados de ferramentas críticas, técnicas e relacionais, e que as pessoas com sofrimento psíquico possam participar da construção de projetos de cuidado a partir do reconhecimento de suas necessidades e desejos.

Essa perspectiva vai de encontro ao modelo de trabalho mecanicista, fragmentado e pautado na relação queixa-conduta. No contexto da investigação participante, verificaram-se os dois modelos de trabalho em saúde como processos em tensionamento, em grande parte produzidos

pelo elemento acadêmico presente, que funciona como contraponto ao modelo biomédico pautado basicamente na prescrição de medicação e/ou exames. Tal configuração provoca reações positivas e negativas nos trabalhadores, que ora sentem-se apoiados pela presença dos profissionais de saúde (especialmente os de radical “psi”) e ora sentem-se pressionados a demonstrar produtos coerentes com as diretrizes do SUS e o discurso defendido na USF.

A atividade de grupo operativo oportunizou espaços de expressão e problematização de tais tensionamentos e efeitos da convivência dos diferentes modelos de trabalho e perfis profissionais. A grande questão “saúde mental é ou não problema da USF, e o quanto e como deve ser incorporada como tal” esteve presente muitas vezes. Muitas falas demonstraram conformismo, desesperança, desânimo e frustração por não conseguirem realizar melhor sua função no campo da saúde mental. Entretanto, os profissionais entendem a resolutividade como processo, o que é positivo. Apesar de avanços na compreensão dos membros da equipe sobre as necessidades de um cuidado integral ao sujeito com queixa de sofrimento psíquico e a possibilidade de diferentes profissionais desenvolverem competência para tal, fica evidente que, na prática cotidiana, o encaminhamento ao médico e o recurso da medicação psicotrópica ainda são as alternativas mais usadas. Principalmente nos primeiros grupos, o psiquiatra apareceu como figura responsável e capaz para o atendimento. O valor da palavra do médico também aparece como algo extremamente forte para o usuário, na visão dos profissionais participantes do grupo. Entendemos que isso se dá muito mais por os profissionais não saberem como agir em relação ao sofrimento do usuário do que por acreditarem que a medicação é a solução ideal; inclusive, no grupo operativo, os participantes demonstram incômodo por reproduzirem esse tipo de prática.

A equipe ainda apresenta dificuldade de entender a escuta como uma ferramenta de cuidado e capaz de ser resolutiva em muitos aspectos e questiona-se sobre o que oferecer além/após a escuta, por achar que o usuário deixa a USF sem uma resolução. Observamos aqui a necessidade de serem desenvolvidas as competências relacionais do Cuidado em Saúde, bem como a melhor sistematização das formas de se fortalecer a escuta qualificada e ampliada, buscando transformar constructos teóricos em realidades cotidianas dos profissionais de saúde. Os espaços legítimos

de Educação Permanente poderiam responder em grande parte a tais fragilidades, pois buscam partir das vivências reais e significativas do trabalho e então sistematizar saberes complexos e aplicados. Nessa direção, os participantes destacavam a importância da formação como possibilidade de qualificação para o trabalho e acreditavam que a preparação motiva o trabalhador por trazer segurança.

As queixas de sofrimento psíquico ou mal estar subjetivo nunca devem ser tomadas como pura expressão individual e emocional, como se não estivessem absolutamente imbricadas nas condições materiais de vida de uma comunidade. Considerando a perspectiva normatizadora e individualizante de Saúde e de Sujeito que partilhamos socialmente, e a fragilidade da formação e capacitação dos profissionais no campo das ciências humanas, é comum entre os profissionais da equipe uma compreensão dessas queixas ou formas de expressão dos usuários a partir de valores morais e julgamentos. A equipe reconhece que os rótulos criados influenciam suas condutas e que muitas vezes aparecem de forma sutil. Consideram, inclusive, que se influenciam mutuamente dentro da equipe com os pré-conceitos que assumem, modulando a sua postura com o usuários.

Se eu escuto falando da Maria Chatonilda e ela vem querendo marcar consulta comigo, eu vou marcar para amanhã? Eu não, marco para dali três semanas, porque amanhã eu não vou tá a fim de atender e conversar com ela, acho que influencia sim.

Essa fragilidade na forma de perceber e reagir ao sofrimento e a queixa trazida provoca obstáculos ao acesso aos serviços, alimenta o modelo fragmentado de cuidado e mantém a dimensão subjetiva/afetiva/emocional fora do campo de responsabilidade da equipe.

Esse recorte ainda operado pela predominância do modelo biomédico, explicita a relação de hegemonia baseada no saber técnico, que advém da ideia das áreas “psi” serem detentoras do ‘saber mental’, o que ampara a visão tradicional da população e da própria equipe. Percebeu-se que os trabalhadores ainda depositam o saber em um outro e reconhecem que a população também age assim.

Se eu tô com uma angústia e tô precisando de um psicólogo, um psiquiatra, eu vou contar pra ele, não vou contar pra alguém que fez o acolhimento,

pra uma enfermeira. Tem muitas pessoas que são assim, que às vezes se fecham, quer contar, mas “ah, eu queria contar pra um psicólogo, psiquiatra”.

Esse núcleo Cuidado em saúde mental como apoio teórico, técnico e emocional, traz a necessidade de ações de formação, educação permanente e apoio para o trabalhador, que hoje no município ainda se encontram muito incipientes. O potencial da Educação Permanente em Saúde (EPS) está no fato de ser uma ferramenta porosa à realidade mutável e mutante das ações e dos serviços de saúde, priorizando os problemas da organização do trabalho e as condições que impedem os trabalhadores de serem sujeitos de conhecimento. A vivência e/ou reflexão sobre as práticas vividas – ao invés de aproximações discursivas externas – podem proporcionar a detecção e contato com os desconfortos experimentados no cotidiano, a percepção de que a maneira vigente de fazer ou de pensar é insuficiente ou insatisfatória para dar conta dos desafios do trabalho (Ceccim, 2005; Ceccim & Feuerweker, 2004).

Além da ferramenta EPS, a ação do Psicólogo no espaço da USF é muito determinante na manutenção ou transformação dessas fragilidades que alimentam um modelo equivocado de Cuidado. Ao ocuparmos esse território de trabalho, precisamos acolher o desafio de aliar a clínica à Psicologia Social Crítica e à Psicologia Comunitária, que trazem uma possibilidade de atuação, operando tanto a intersubjetividade quanto os processos sociais, mesmo no nível da micropolítica das relações. Tendo como objeto de intervenção os sujeitos em relação, a psicologia comunitária privilegia uma intervenção processual, articulada e que sempre tenha em vista o conjunto de determinantes dos fenômenos humanos e sociais. No nosso caso, a ideia de fortalecimento comunitário é potente, porque pode operar tanto com os sujeitos trabalhadores como com o grupo social atendido na USF. Considerando como horizonte ético-político o desenvolvimento de sujeitos críticos e de mudança social (local), o psicólogo aqui teria um papel de facilitador, de apoiador de mobilizações e processos de compreensão crítica da realidade que se deseja enfrentar. Há uma orientação privilegiada para o trabalho com grupos que permite a construção de identidades sociais. Góis (2003) aponta dois grandes eixos da Psicologia Comunitária: o do desenvolvimento humano e o da mudança social, que abarcariam o reconhecimento da capacidade do indivíduo e da própria comunidade como responsáveis e competentes na construção

de suas vidas. Muitas das queixas de sofrimento psíquico que chegam às USF são determinadas pelas questões psicossociais decorrentes da vida comunitária, trazendo novos elementos para a clínica “psi” na atenção básica.

O núcleo Necessidade de autocuidado e cuidado com a saúde do trabalhador explicita a necessidade dos profissionais se cuidarem e serem cuidados para cuidar do outro, evidenciando novamente o trabalho em saúde como dialético, relacional, onde o sujeito que cuida é o próprio instrumento de trabalho. O relato a seguir traz essa dimensão:

A impressão que dá quando o usuário ou a gestão vêm falar com você é que você não tem filho, não tem marido, não tem casa, você não precisa almoçar, você tá saindo com a tua bolsinha pra almoçar, chega alguém que quer conversar com você, você tem que parar pra conversar, porque se não parar... Então, assim, essa pressão existe, e isso desgasta a gente como profissional e no dia-a-dia também.

As principais fontes de sofrimento identificadas ao longo dos encontros foram: (a) Falta de referência para o cuidado em saúde mental; (b) Falta de clareza sobre o papel e os limites da Atenção Básica; (c) Demandas da comunidade; (d) Falta de ações da gestão municipal para cuidar e apoiar o trabalhador; (e) Autocrítica sobre o uso da medicação como principal terapêutica e supervalorização do saber médico ou das profissões “psi”; (f). Sentimentos de desesperança, desânimo e frustração.

A fragilidade na rede de saúde mental do município traz consequências diretas para a construção de respostas endereçadas às necessidades que chegam à USF. Ela, muitas vezes se vê isolada e sem receber apoio de um sistema eficiente de regulação ou de protocolos adequados, que contribuiriam para a resolutividade dos casos mais graves de sofrimento psíquico, além da fragilidade da própria USF contribuir para a construção da rede. A equipe participante relata não se sentir apoiada técnica e assistencialmente por outros equipamentos da rede de saúde mental, fragilidade agravada pela sobrecarga de demandas para a Atenção Básica. Vale ressaltar uma particularidade da percepção da equipe a respeito de sua resolutividade nas questões de saúde mental: a permanência do sofrimento do outro, que constantemente recorre à USF com seu sofrimento psíquico por resolver. Diferentemente de queixas físicas localiza-

das, as queixas chamadas “psicológicas” ou “emocionais” são percebidas pela equipe como “insolúveis”, pois estariam ligadas aos modos de viver, às relações familiares, às histórias de violência e abandono, às relações amorosas e conjugais conflituosas e insatisfatórias, entre outros. Muitas vezes a equipe compreende que tais arranjos produtores de sofrimento estão além do papel dos profissionais de saúde e da AB, e outras vezes os profissionais de saúde se identificam com tais sofrimentos, sentindo-se impotentes para oferecer uma ajuda técnica. A contratransferência também foi apontada como fonte de desgaste, relacionado a conteúdos de identificação ou de não aceitação na relação com o usuário de forma inconsciente. A equipe percebe que os atendimentos provocam sentimentos e reações distintas, mas não possui espaço de reflexão para aprender a lidar com tais afetações.

A falta de ações da gestão municipal para cuidar da saúde do trabalhador e a falta de espaços de formação para o desenvolvimento da competência relacional no trabalho em saúde são determinantes da dificuldade de produzir um cuidado em saúde mental na AB que seja integral e eficaz.

Porque o que eles querem é só que a gente cuida, mas o cuidado em relação à gente não tem nada, né? Eu acho que saúde mental já falha aí. Primeiro você tem que cuidar de quem cuida, pra depois quem cuida ter o cuidado com o próximo. ... A gente não tem essa mentalidade, essa filosofia? Então eu acho que quem é cuidador tem que ser cuidado em primeiro lugar, pra depois cuidar dos outros.

A sobrecarga referida pelos trabalhadores pode ser analisada pelo aspecto da estruturação da AB. O nível primário de atenção ainda é muito desvalorizado e fonte de poucos investimentos dos municípios no que se refere, principalmente, à formação profissional. Entretanto, comporta grande complexidade na compreensão dos sujeitos, nos diversos processos de adoecimento e de produção de saúde e cuidado, ao que se depreende que, embora generalista, constitui também uma especialidade. Os trabalhadores que estão na Atenção Básica, portanto, encontram-se em serviços praticamente sem filtro para entrada: são responsáveis por atender, cuidar e promover a saúde de grupos populacionais dos mais distintos, com questões e problemáticas diversas e específicas. Além disso,

a maioria dos serviços ainda funciona de modo ambulatorial, dentro de uma lógica restrita e individualista, baseada na queixa-conduta, o que cria montantes de listas de espera para atendimentos da saúde mental, além de uma rotina desgastante e tomada pela demanda, e dificulta a possibilidade de o trabalhador exercer, de fato, ações adequadas, ampliadas e efetivas para o cuidado em saúde mental.

A pressão entre os colegas para resolverem a questão do usuário é algo presente nessa equipe. Muitas vezes, o profissional médico é o principal alvo, pela reprodução, por parte da equipe do modelo de cuidado biomédico e pela falta de iniciativa e sucesso na direção de outras práticas, para além da medicação. Dentro da própria equipe, os trabalhadores não se sentem considerados como sujeitos, por serem vistos apenas como trabalhadores que têm que dar conta de uma série de procedimentos, independentemente de como estejam se sentindo.

Como já dito anteriormente, os profissionais reconhecem a importância de estar bem para cuidar do outro, mas em suas falas trazem também a denúncia desse 'estar bem' como uma exigência de que sejam modelo de uma boa saúde, o que materializa a contradição de terem que cuidar sem serem cuidados, apontando para a indissociabilidade entre o profissional e o objeto de cuidado, visto que na saúde todos são objetos de cuidado.

2. Equipe como grupo

Esse eixo traz a dimensão da percepção da equipe sobre si como objeto de cuidado, como ferramenta de trabalho, explicitando a necessidade de se constituir como grupo, construtora de sua realidade e das mudanças que nela vierem a ocorrer. Ao analisarmos os dados referentes ao processo grupal, ao longo dos sete encontros, e que foram tomados como referência para pensar o funcionamento cotidiano daqueles trabalhadores, observamos contradições e processos subjetivos que emergiram a partir do caráter vivencial da proposta (grupo operativo) e da percepção do grupo como um campo de disputas, conflitos e poder. Neste sentido, o trabalho em equipe surge como uma demanda e ao mesmo tempo um desafio.

Durantes os encontros do grupo operativo, os trabalhadores destacaram a importância do envolvimento de todos os membros na discussão

de como realizar o cuidado em saúde mental, a necessidade de buscarem apoio entre si para ampliar as percepções sobre os usuários, as trocas entre profissionais sobre os atendimentos realizados, visando a continuidade do cuidado e uma maior resolutividade da demanda colocada. A comunicação e parceria frente a tarefas da USF surgiram como elementos estratégicos que permitiram minimizar ansiedades e problemas relativos ao cuidado.

É como "hoje é com você, você se vira, resolva o problema". Por exemplo, se chega um paciente da odonto, ninguém tem nada a ver com isso, "tá com dor, vai pra odonto", e esquecem que o paciente é de todo mundo, da equipe.

Uma das participantes aponta o problema de se formarem subequipes dentro da equipe, visto que poucas pessoas se dispõem a colaborar. O próprio grupo encontra como solução que cada um assuma seu papel, pois a equipe é constituída de modo a precisar de todos, e sugerem essa organização a partir das particularidades de cada um, mas garantindo a corresponsabilização. Assim, torna-se possível explorar o melhor de cada membro da equipe, considerando suas potencialidades e desejos, além de evitar sobrecarga de alguns e ampliar o cuidado do usuário em todos os espaços da USF.

A possibilidade de horizontalizar as relações e saberes entre as pessoas da equipe abre caminhos para a articulação com os saberes e vivências dos próprios usuários com sofrimento psíquico, que seria o próximo grande passo da USF, na direção de um Cuidado efetivamente pautado nas necessidades e potencialidades da comunidade ou dos grupos que nela vivem.

Aparece como desafio superar a fragmentação do conhecimento e do trabalho, para que seja possível oferecer um cuidado integral e interdisciplinar, sendo o usuário o elemento necessariamente estruturante do processo de produção da saúde. A equipe aponta que suas intervenções devem ser pautadas nas necessidades de saúde de forma integrada, o que possibilitaria reunir na cadeia produtiva do cuidado um saber-fazer cada vez mais múltiplo.

Os participantes destacaram como essenciais para o trabalho em equipe alguns atributos pessoais como envolvimento, disposição, esforço,

motivação e iniciativa, de forma que cada sujeito teria responsabilidades pela construção do trabalho do grupo.

Por isso que é legal na equipe as pessoas compartilhem as coisas, você não muda o comportamento de ninguém, você muda o seu. A hora que você muda o seu, as pessoas mudam ao seu redor porque elas vão lidar com você de uma forma diferente. Então assim, a hora que a pessoa muda, a própria equipe começa a ver e o próprio usuário muda.

A fala dessa participante ressalta a importância de enfrentar a dicotomia acerca dos processos de mudança estarem localizados ora na equipe ora nos sujeitos/comunidade, e a importância de singularizar o cuidado em saúde mental, no sentido de operar mudanças na USF em favor daquela necessidade específica. Aqui recorreremos a Montero (2004, 2009,) que traz a transformação individual e social como meta, de forma integrada: a transformação produzida no ambiente, nos grupos e nas pessoas que participam do processo. A autora destaca que o sucesso de qualquer transformação social/grupal necessita de cooperação, de definição de normas claras pelos grupos envolvidos, de uma comunicação transparente e aberta, de uma gestão democrática do processo e das pessoas, e de forma especial, precisa de metas comuns que possam ser compartilhadas por todos.

Mereceu destaque a importância dos participantes perceberem seus próprios limites (emocionais e técnicos) no cuidado em saúde mental: *“o que consigo oferecer sendo o sujeito que sou e qual a minha função sendo um profissional da Atenção Básica.”* Trazem a importância do usuário também fazer parte desse processo, entendendo que o trabalho se dá em equipe, e que todos estão acessíveis para contato, o que contribui para a divisão de tarefas e para o respeito à condição de cada profissional. De forma geral, esse aspecto é visto como algo complexo, pois a não percepção desses limites e excessiva responsabilização podem ser geradores de frustração nos profissionais, comprometendo sua saúde emocional.

E nem isso de deixar o paciente lá e vim pra dentro dar aquela respirada, nem isso eu consigo, porque a pessoa tá lá num sofrimento, tá de um jeito que “gente, essa pessoa tá precisando”, ah não... Então eu acho que essa questão do limite a gente precisa muito aprender a lidar com ela.

Especificamente no 5º encontro, tratando-se de papéis na equipe, a maioria dos membros permaneceu calada, produzindo longos momentos de silêncio que eram quebrados buscando diminuir o incômodo e a angústia, e também explicitar o efeito da temática sobre as pessoas. O reconhecimento e a valorização profissional apareceram nas poucas falas permeados por mecanismos de defesa e de forma homogeneizadora. A equipe assume a realização pessoal no trabalho como algo independente do grupo e considera todos os papéis dos profissionais igualmente importantes, o que vem contrapor aos conteúdos que apontam para relações de saber-poder verticalizadas, apoiadas na dimensão técnica e na divisão de dois grupos na equipe da USF: os profissionais com nível superior e os profissionais de nível médio. Essa divisão social do trabalho esteve muito presente ao longo dos encontros, e é corroborada pela observação do cotidiano de trabalho. Além da divisão social, ficou evidente em alguns momentos o lugar de destaque do saber médico. Ilustrando tais aspectos destacamos a situação da auxiliar de limpeza da USF que declarou não se sentir escutada e se recusou a se apresentar no grupo; e quando o profissional médico, de forma autoritária, questionou a equipe sobre qual a função daquele grupo. Provavelmente, outros conteúdos sobre como se sentem no papel que ocupam dentro da equipe não vieram à tona, e a ausência deles é também motivo de reflexão.

A situação proposta pela pesquisa propositiva de reflexão e mudanças foi percebida pela coordenadora como geradora de ansiedade, tendo os participantes se apresentado muitas vezes resistentes à fala, com comportamento introspectivo e aparentando desconforto.

Suas colocações destacaram, principalmente, a demanda da equipe por cuidado, sem se enxergarem como possíveis atores de mudança da própria posição e do seu modelo de trabalho por vezes adoecedor. Percebe-se, nesse sentido, projeção da resolução das suas necessidades na figura da gestão, visto que dizem não serem considerados por ela como sujeitos, mas a forma como sentem e expressam isso não é produtora de empoderamento. Aqui temos uma situação crítica, que pode afastar o grupo de uma posição mais comprometida com o cuidado integral em saúde (mental), pois há uma grande dificuldade em assumir a condução das decisões grupais, a definição de prioridades e o desenvolvimento de iniciativas.

É interessante perceber que, nos momentos em que o grupo estava desconfortável ou resistente, seu comportamento não-verbal aparecia de forma significativa. Provavelmente com relação à ansiedade despertada pela discussão, muitas vezes as pessoas permaneciam aparentemente dispersas, cabisbaixas, ou usavam do humor para dissipar a tensão, embora durante o grupo mostrassem estar conectadas e atentas ao assunto pelas pontuações realizadas.

Notou-se que, nos primeiros grupos, as posturas e discursos seguiam um padrão mais homogêneo e similar ao senso comum, que, paulatinamente, foi tornando-se mais elaborado e reflexivo, em busca de soluções conjuntas de forma criativa para as questões levantadas a partir da própria realidade. Segundo Gayotto e Domingues (1998), quando o grupo começa a produzir, “começa também a compartilhar um outro aspecto da tarefa, que lhe é implícito e se evidencia pela maneira como as pessoas assumem papéis decorrentes da dinâmica grupal” (p. 43), com manutenção desses ao longo dos encontros.

Considerações finais

Nessa experiência, vale destacar o dispositivo do Grupo Operativo como potente para reflexão da prática, das relações e concepções dos membros da equipe de uma USF. Ao longo dos encontros, mudanças significativas puderam ser percebidas nas participantes: a concepção de saúde mental como algo ampliado consolidou-se, além da ideia de que todos na equipe precisam contribuir e ser parte do cuidado oferecido, bem como são capazes de realizar ações dentro dos seus limites.

Dentre muitas possibilidades de leitura dos dados produzidos, gostaríamos de ressaltar quatro aspectos significativos:

1. as limitações para a qualidade do trabalho em saúde ensejada pelos modos de subjetivação e organização da relação capital-trabalho atualmente;

2. a importância do papel da gestão em prover condições para que os trabalhadores realizem o cuidado em saúde mental na AB com qualidade;

3. a necessidade de promover reflexões sobre o lugar do trabalhador da saúde junto à comunidade na luta por direitos;

4. a atuação da Psicologia Social Crítica, no fortalecimento da capacidade dos trabalhadores de saúde analisarem criticamente sua condição de trabalho, produzindo sentidos e gerando mudanças. Aqui recorremos a Montero (2009), que trata a conscientização no sentido de gerar compreensão das relações entre causas e efeitos, revelando ocultamentos e distorções de situações críticas que são naturalizadas no cotidiano.

Em consonância com tais apontamentos, a Educação Permanente, por ser uma ferramenta reflexiva, contínua e articulada com a prática, pode ser capaz de dar voz aos trabalhadores, favorecer o seu acesso à subjetividade e a problematização de si mesmo no agir, atingindo “a alma do operar ético-político do trabalhador e dos coletivos na construção do cuidado, que é o modo como estes dispõem do seu trabalho vivo em ato, enquanto força produtiva do agir em saúde” (Merhy, 2005, p. 173).

Concluimos que tratar dos pontos críticos que dificultam a assunção de um Cuidado em saúde mental na AB favoreceria propostas de intervenção que fossem ao encontro de uma ação em saúde pautada na ética, no acolhimento e no vínculo entre profissionais e usuários, e que funcionassem como possibilidade de escuta e elaboração dos sofrimentos e afetações dos trabalhadores, que, como sujeitos, também necessitam de cuidado.

Referências

- Ayres, J. R. C. M., Filho, A. N., Dalmaso, A. S. W., Senna, D. M., Schraiber, L. B. et al. (2006). *Caminhos da integralidade: levantamento e análise de tecnologias de cuidado integral à saúde em serviços de atenção primária em região metropolitana*. Relatório de Pesquisa. 2006/51688-9. FMUSP. São Paulo, SP.
- Ayres, J. R. C. M. (2009). Organização das ações de atenção à saúde: modelos e práticas. *Saúde e Sociedade*, 18(Supl. 2), 11-23.
- Ayres, J. R. C. M. (2011). *Cuidado: trabalho e interação nas práticas de saúde*. Rio de Janeiro: CEPESC, UERJ/IMS, ABRASCO.
- Bardin, L. (2010). *Análise de conteúdo*. São Paulo: Edições 70.
- Bauman, Z. (1998). *O mal-estar da pós-modernidade*. Rio de Janeiro: Zahar.

- Berenstein, I. (2004). *Devenir otro con otro(s). Ajenidade, presencia, interferência*. Buenos Aires: Paidós.
- Campos, G. W. S. (2003). Por uma clínica do Sujeito. In *Saúde Paidéia* (pp. 51-82). São Paulo: Hucitec.
- Campos, G. W. S. & Domiti, A. C. (2007). Apoio matricial e equipe de referência: uma metodologia para gestão do trabalho interdisciplinar em saúde. *Cadernos de Saúde Pública*, 23(2), 399-407.
- Castel, R. (1987). *A gestão dos riscos*. Rio de Janeiro: Francisco Alves.
- Ceccim, R. B. (2005). Educação permanente em saúde: desafio ambicioso e necessário. *Interface. Comunicação, saúde, educação*, 9(16), 161-177.
- Ceccim, R. B. & Feuerweker, L. (2004). O quadrilátero da formação para a área da saúde: ensino, gestão, atenção e controle social. *Physis - Rev. Saúde Coletiva*, 14(1), 41-65.
- Coimbra, C. (1990). A divisão social do trabalho e os especialismos técnico-científicos. *Revista do Departamento de Psicologia*, 2(2), 9-16.
- Coimbra, C. & Leitão, M. B. S. (2003). Das essências às multiplicidades: especialismo psi e produções de subjetividades. *Psicologia & Sociedade*, 15(2), 6-17.
- Cunha, G. T. (2005). *A construção da clínica ampliada na Atenção Básica*. São Paulo: Hucitec.
- Demo, P. (1995). *Metodologia científica em ciências sociais*. São Paulo: Atlas.
- Delfini, P. S. S., Sato, M. T., Antoneli, P. P., & Guimarães, P. O. S. (2009). Parceria entre CAPS e PSF: o desafio da construção de um novo saber. *Ciênc. saúde coletiva*, 14(Supl.1), 1483-1492.
- Fortuna, C. M., Mishima, S. M., Matumoto, S., & Pereira, M. J. B. (2005). O trabalho de equipe no programa de saúde da família: reflexões a partir de conceitos do processo grupal e de grupos operativos. *Rev. Latino-Americana de Enfermagem*, 13(2), 262-268.
- Foucault, M. (2003). *Microfísica do Poder*. São Paulo: Graal.
- Gayotto, M. L. C. & Domingues, I. (1998). *Liderança: aprenda a mudar em grupo*. Petrópolis, RJ: Vozes.
- Góis, C. W. L. (2003). Psicologia Comunitária. *Universitas. Ciências da Saúde*, 1(2), 277-297.
- Grando, M. K. (2007). *Reuniões de equipe na estratégia saúde da família a partir do referencial pichoniano de grupo operativo*. Dissertação de Mestrado, Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre.
- Marazina, I. (1989). Trabalhador de saúde mental: encruzilhada da loucura. In A. Lancetti (Org.), *Saúde e loucura 1* (pp. 69-74). São Paulo: Hucitec.
- Mattos, R. (2005). Os sentidos da integralidade: algumas reflexões acerca de valores que merecem ser defendidos. In R. Pinheiro & R. Mattos (Orgs), *Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado em saúde* (4ª ed., pp. 39-64.). Rio de Janeiro: Cepesc/IMS/Uerj/Abrasco.
- Mendes-Gonçalves, R. B. (1994). *Tecnologia e organização social das práticas de saúde: características do processo de trabalho na rede estadual de centros de saúde de São Paulo*. São Paulo: Hucitec/Abrasco.
- Merhy, E. E. (2002). *Saúde: a cartografia do trabalho vivo*. São Paulo: Hucitec.
- Merhy, E. E. (2003). Como fatiar um usuário: atomédico + atoenfermagem + atoX + atoY. *Conselhos Regionais de Saúde MG: jornal unificado*. Belo Horizonte: Conselhos Regionais de Saúde MG.
- Merhy, E. E. (2005). O desafio que a educação permanente tem em si: a pedagogia da implicação. *Interface – Comunicação, Saúde, Educação*, 9(16), 172-174.
- Merhy, E. E., Magalhães Júnior, H. M., Rimoli, J., Franco, T. B., & Bueno, W. S. (Orgs.). (2006). *O trabalho em saúde: olhando e experienciando o SUS no cotidiano* (3ª ed.). São Paulo: Hucitec.
- Minayo, M. C. S. & Deslandes, S. (Orgs). (2002). *Caminhos do pensamento: epistemologia e método*. Rio de Janeiro: Fiocruz.
- Ministério da Saúde. (2009). Diretrizes do NASF Núcleo de Apoio à Saúde da Família. Série A Normas e Manuais Técnicos. *Cadernos de Atenção Básica*, n. 27. Brasília, DF: Autor.
- Montero, M. (2003). Psicología Social Crítica. Editorial. *Revista Interamericana de Psicología*. 37(2), 211-213
- Montero, M. (2004). *Introducción a la psicología comunitaria. Desarrollo, conceptos y procesos*. Buenos Aires: Paidós.
- Montero, M. (2009). El fortalecimiento en la comunidad, sus dificultades y alcances. *Univ. Psychol.*, 8(3), 615-626.
- Peduzzi, M. (2002). Mudanças tecnológicas e seu impacto no processo de trabalho em saúde. *Trabalho, Educação e Saúde*, 1(1), 75-91.
- Peduzzi, M. & Schraiber, L. B. (2009). Processo de trabalho em saúde. In I. B. Pereira & J. C. F. Lima (Orgs.), *Dicionário da educação profissional em saúde* (pp. 320-328). Rio de Janeiro: Fiocruz.
- Pelbart, R. R. (1991). Manicômio mental - a outra face da clausura. In A. Lancetti (Org), *Saúde e Loucura 2* (pp. 131 -138). São Paulo: Hucitec.

- Pereira, I. B. (2008). A educação dos trabalhadores da saúde sob a égide da produtividade. In G. C. Matta & J. C. F. Lima (Orgs.), *Estado, sociedade e formação profissional em saúde: contradições e desafios em 20 anos de Sus* (pp. 393-420). Rio de Janeiro: Fiocruz/EPSJV.
- Pereira, M. P. B. & Barcellos, C. (2006). O território no programa saúde da família. *HYGEIA: Revista Brasileira de geografia médica e da saúde*, 2(2), 47-59.
- Pichon-Rivière, E. (1998). *Teoria do Vínculo*. São Paulo: Martins Fontes.
- Pichon-Rivière, E. (2005). *O processo grupal*. São Paulo: Martins Fontes.
- Pietrolungo, A. P. C. & Resende, T. I. M. (2007). Visita domiciliar em saúde mental: o papel do psicólogo em questão. *Psicologia ciência e profissão*, 27(1), 22-31.
- Pinheiro, R. (2008). Integralidade em Saúde. In Pereira I. B. & Lima, J. C. F. (Orgs.), *Dicionário da educação profissional em saúde* (2ª ed., pp. 110-112). Rio de Janeiro: EPSJV.
- Rey, F. L. G. (2003). *Sujeito e subjetividade: uma aproximação histórico-cultural*. São Paulo: Thomson.
- Rey, F. L. G. (2004). *O social na psicologia e a psicologia social: a emergência do sujeito*. Petrópolis, RJ: Vozes.
- Thiollent, M. (1994). *Metodologia da pesquisa-ação*. São Paulo: Cortez.

Participação de usuários na produção de cuidado em saúde mental

Carolina Seibel Chassot

Rosane Azevedo Neves da Silva

Introdução

O processo de Reforma Psiquiátrica no Brasil é muitas vezes compreendido como sinônimo do processo de desospitalização (fechamento dos hospitais psiquiátricos) e implantação de serviços substitutivos. Na realidade, a Reforma Psiquiátrica tem origem em uma proposta de transformação mais profunda, que atravessaria o campo da ética, da cultura e da cidadania, e seria desenvolvida por meio das práticas de vários atores (incluindo, mas não se restringindo ao Estado), com o objetivo de criar novas relações com a loucura (Amarante, 1994). Para isso, a mudança das relações institucionais e a desmontagem dos dispositivos manicomiais são essenciais, mas certamente não suficientes. Conforme Torre e Amarante (2001), “novas subjetividades e um novo lugar para o sujeito louco só são produzidos em relação com o social” (p. 83), de forma que a desconstrução do manicômio precisa necessariamente extravasar seu contexto institucional específico para atingir os objetivos a que se propõe.

Quais os meios para construir essa transformação das relações sociais com a loucura, de produzir novas subjetividades e um novo lugar para o sujeito louco? No Brasil, conforme mencionamos, as mudanças político-institucionais têm se concentrado na organização de uma rede de atenção psicossocial substitutiva ao hospital psiquiátrico, que se propõe a superar o paradigma manicomial promovendo autonomia e cidadania de seus usuários. O paradigma da reabilitação psicossocial é um dos orientadores deste trabalho, tendo como objetivo facilitar a restauração, no melhor nível possível, de autonomia do exercício de suas funções na comunidade (Pitta, 1996). Kinoshita (1996) define a autonomia como a capacidade de um indivíduo gerar normas, ordens para sua vida, conforme as

diversas situações por ele enfrentadas. O autor não opõe autonomia à dependência, mas afirma que somos mais autônomos quanto mais dependentes de tantas mais coisas pudermos ser, pois assim ampliamos nossas possibilidades de estabelecer novos ordenamentos para a vida. A saúde coletiva também toma a autonomia como um dos objetivos centrais da política, gestão e do trabalho em saúde (Campos, 2000). Campos e Campos (2012) argumentam que a obtenção desse objetivo exige não apenas uma reorganização do trabalho em saúde, mas passa também pela política, “ponto de criação e de regulação da autonomia” (p. 674). Isso porque a autonomia depende tanto do próprio sujeito, indivíduo ou coletividade, quando às condições externas ao sujeito – como a existência de leis mais ou menos democráticas, do funcionamento da economia, da existência de políticas públicas, de valores culturais.

Apesar dessas orientações ético-teóricas para a atuação dos profissionais nos campos da saúde coletiva e atenção psicossocial, muitos pesquisadores têm observado que a prática de muitos serviços da rede de atenção psicossocial tem, na realidade, reproduzido relações paternalistas e de tutela típicas do modelo manicomial (ver, por exemplo, Arejano, Padilha, & Albuquerque, 2003; Figueiró & Dimenstein, 2010; Hirdes, 2009; Tavares & Souza, 2009). Assim, temos a criação de uma rede que se propõe a coproduzir autonomia, multiplicar dependências, mas que muitas vezes reforça, na interação com seus usuários, relações de dependência exclusivas. Mediante a autoridade do saber técnico, mecanismos de caráter corretivo e de controle, são exercidos transfigurados em ações terapêuticas.

Para além do campo da clínica, encontramos outras ações político-institucionais que atravessam o campo da saúde coletiva e da atenção psicossocial e podem ter os efeitos transformadores esperados, como a participação política. Trata-se de uma marca do SUS, sistema gerido de forma participativa através de conselhos e conferências de saúde, do nível local até o nível nacional. No cotidiano dos serviços de atenção psicossocial, no entanto, a heterogestão é marca frequente, de forma que apenas decisões de importância mínima são permitidas aos usuários (Figueiró & Dimenstein, 2010). Por vezes, cria-se uma fachada de gestão participativa, em assembleias que pouco decidem, o que apenas alimenta a desilusão dos usuários com a participação social e enfraquece a crença em sua própria capacidade de decisão e atuação política. Tavares

e Sousa (2009) apontam que tais fatos devem-se, principalmente, a uma postura contraditória dos trabalhadores de saúde mental, que acreditam teoricamente na promoção da autonomia e participação dos usuários, mas não apostam efetivamente na capacidade dos usuários fazerem suas próprias escolhas, pois elas seriam perturbadas pelo processo de sofrimento psíquico.

Ao observarem o envolvimento de usuários na IV Conferência Nacional de Saúde Mental em 2010, Figueiró, Mello, Minchoni e Silva (2010) concluíram que os usuários brasileiros têm pouca instrumentalização política para uma efetiva participação. Havia um domínio absoluto de técnicos no papel de lideranças, enquanto aos usuários cabia o papel de espectadores. No movimento da luta antimanicomial, embora o envolvimento de usuários tenha sido significativo, dificilmente poderíamos falar em protagonismo político de usuários, pois as lideranças têm sido exercidas basicamente por trabalhadores de saúde mental (Vasconcelos, 2007). De forma bastante semelhante ao que ocorre na Itália, a existência de um movimento antimanicomial, que propõe a produção de autonomia, cidadania e a transformação das relações de poder, não é necessariamente acompanhada por um movimento de usuários ativo e independente¹ (Vasconcelos, 2003).

Esses achados, embora não possam ser generalizados como reflexo de todo um heterogêneo e complexo campo de relações, apontam para fatores que devem ser profundamente problematizados, se quisermos continuar avançando no projeto de implementação de uma verdadeira desinstitucionalização. Como atingir os objetivos de transformação cultural e social das relações com a loucura, se o cotidiano dos serviços substitutivos segue reproduzindo a lógica manicomial, sem possibilidade de efetiva participação dos usuários na construção de seu cuidado? E mais ainda, se mesmo os processos participativos de construção de políticas, como conselhos e conferências, ainda são majoritariamente dominados por gestores e trabalhadores, com os usuários tendo um papel periférico?

¹ Para Vasconcelos (2007), o fato pode ser atribuído a questões culturais, as quais a Itália compartilha com o Brasil – são países latinos, com fortes vínculos familiares, sem tradição de autonomia e independência no sentido individual, como é característica dos países anglo-saxões. É o que Da Matta (1997) chama de uma “lógica relacional”, na qual relações familiares, íntimas e de amizade se sobrepõem culturalmente a noções de igualdade, independência e autonomia, produzindo uma cultura fortemente hierárquica.

Na análise de Vasconcelos (2007), o movimento da luta antimanicomial tem se afastado de suas bases devido à falta de um investimento sistemático nas organizações de base, associações de usuários e profissionais. Essa falta de investimento na organização e no empoderamento dos grupos locais estaria na raiz da crise do movimento causou sua divisão. Ele sugere a criação de abordagens efetivas de empoderamento coletivo que visem construir, a médio e longo prazo, um deslocamento do poder para os usuários, como forma de fortalecer o movimento da luta antimanicomial no Brasil.

No Brasil, são raras as associações feitas exclusivamente de usuários. Na esmagadora maioria dos casos, temos associações mistas, de usuários, familiares e trabalhadores (Vasconcelos, 2009). Essa aliança entre usuários, familiares e trabalhadores reflete o histórico da luta antimanicomial como luta conjunta das três categorias, o que pode ser visto como um aspecto positivo do caso brasileiro, que apresenta menor polarização. Mas é uma configuração que também pode ser problemática, porque parte do pressuposto de que os interesses dessas categorias são idênticos, o que não costuma ser verdadeiro (Amarante, 1995). Além disso, é importante ressaltar que os usuários são, nessa tríade, a categoria com menor poder contratual, e, portanto, mais frágil no jogo de poder, especialmente em uma cultura fortemente hierárquica como a nossa.

Vasconcelos (2007) identificou que a maioria das associações brasileiras está vinculada a serviços de saúde mental, especialmente aos CAPS. Elas são criadas usualmente a partir de iniciativas de trabalhadores, que mantêm o controle administrativo das organizações; tanto pode ser uma estratégia transitória de manutenção das associações, enquanto os usuários se preparam para também assumir funções de gestão², como pode ser uma estratégia clientelista e assistencialista, “possibilitando, inclusive, ganhos secundários, manipulações e corrupção” (p. 198).

A partir desse contexto, apresentamos parte dos resultados de uma pesquisa realizada junto ao Movimento Britânico de Usuários de

² Embora existam casos de associações de usuários que nascem em serviços e que desenvolvem considerável independência em relação a eles - Vasconcelos (2007) cita a APACJUM (Associação de Parentes e Amigos dos Pacientes do Complexo Juliano Moreira) e a Associação Franco Basaglia, que têm desenvolvido um considerável protagonismo em nível nacional.

Saúde Mental e Sobreviventes, para discutir as potencialidades da participação de usuários de saúde mental na construção de políticas e práticas de cuidado em saúde mental. Acreditamos que a experiência desse movimento possa trazer algumas reflexões interessantes para o movimento antimanicomial no Brasil, embora o contexto sociocultural extremamente diverso do nosso não permita transposições diretas, conforme discutiremos adiante. Primeiramente, exporemos o movimento em suas características históricas e políticas, para minimamente contextualizar o estudo. Em seguida, será apresentada a pesquisa em questão, sua metodologia e resultados, fazendo um recorte em torno dos efeitos micro e macropolíticos da participação de usuários na construção de políticas e práticas de cuidado em saúde mental. Por fim, discutiremos esses achados em relação ao contexto brasileiro, apontando algumas direções éticas, políticas e clínicas que podem servir para potencializar o processo de desinstitucionalização naquilo que se pretende.

O Movimento Britânico de Usuários e Sobreviventes

Definimos o Movimento Britânico de Usuários e Sobreviventes (MBUS) como um movimento social que reúne numerosas organizações e grupos liderados por usuários de serviços de saúde mental, que militam no campo da saúde mental utilizando-se de estratégias distintas, para defender o direito dos usuários a falarem em seu próprio nome, sobre seus próprios interesses e a partir da sua experiência.

O movimento tem seus antecedentes históricos nos anos 60, quando o campo da saúde mental encontrava-se em plena transformação no Reino Unido. O país fazia suas primeiras experiências de desospitalização, implantando, ainda de forma incipiente, o *community care* e procurando repensar o cuidado aos pacientes psiquiátricos. Entre círculos da esquerda e da contracultura britânica emerge a anti-psiquiatria, cujas fortes críticas promovem uma crise de legitimidade do saber psiquiátrico (Crossley, 2006). A organização dos grupos de usuários de serviços de saúde mental³ no Reino Unido surge nesse contexto de transformação e questionamento das práticas psiquiátricas manicomiais e hegemônicas, um cenário que possibilitou aos pacientes psiquiátricos se organizarem como atores políticos.

³ Por brevidade, daqui em diante denominados apenas de “usuários”

Os primeiros grupos surgem no final dos anos 60 e início dos anos 70. Alguns mais influenciados pela anti-psiquiatria, outros pelo marxismo utilizando diferentes estratégias. A organização People Not Psychiatry (Pessoas, Não Psiquiatria⁴) centrava-se na criação de uma rede de apoio mútuo entre usuários como alternativa aos serviços psiquiátricos. O Mental Patients Union (Sindicato dos Pacientes Psiquiátricos⁵) também criou serviços alternativos geridos por usuários, mas atuava principalmente através da representação jurídica de usuários, questionando em processos legais casos de internação involuntária e os abusos dos hospitais (Crossley, 2006).

Ao longo dos anos 80, o movimento se fortalece. Surgem grupos nacionais importantes, como a *British Network for Alternatives to Psychiatry* (Rede Britânica de Alternativas à Psiquiatria) e *Survivors Speak Out* (Sobreviventes Manifestam-se). Nesse período, o movimento britânico entra em contato com movimentos de outros países, internacionalizando-se e se expandindo. O discurso dos grupos torna-se menos identificado com movimentos políticos de esquerda e passa a envolver uma gama mais ampla de usuários. A denominação “*survivors*” (sobreviventes) começa a ser utilizada pelo movimento, no lugar do termo “paciente”, pois os usuários se apresentam como sobreviventes de um sistema psiquiátrico denunciado como opressor e violento. Trata-se de um discurso que rompe com o lugar de paciente ofertado pela medicina e assume uma conotação de orgulho e resistência (Crossley, 2006).

Um fator comum entre todas essas iniciativas é a defesa da experiência do sofrimento psíquico como uma forma de saber legítima, considerada igualmente válida em relação aos saberes científicos, técnicos ou políticos. Essa ideia, radicalmente nova nos anos 70 (Tomes, 2007), sustenta a legitimidade do movimento de usuários. Em nome desse saber específico, os usuários se autorizam a falar em seu próprio nome e a participar como atores do jogo de poder que disputa suas próprias mentes

⁴ Optamos por traduzir os nomes dos grupos de usuários, já que são expressivos das características e bandeiras do movimento.

⁵ A nomenclatura dos grupos remete a diferentes momentos históricos e políticos da luta dos usuários. Nesse período, o termo “mental patient” (paciente psiquiátrico) ainda era usado pelos usuários como sua autodenominação. Esse termo vai ser questionado pelo movimento de usuários, e nomes como “usuários” e “sobreviventes” surgem como novas denominações reivindicadas por pessoas com sofrimento psíquico.

e corpos, ou seja, criando sua própria rede de suporte⁶, atuando como defensores dos direitos de seus pares, protestando, criticando o saber *psi* e os tratamentos coercitivos.

No final dos anos 1980, e especialmente durante os anos 1990, o Sistema Nacional de Saúde britânico (NHS) passou por importantes transformações. Políticas neoliberais consumeristas⁷ transformaram-no em um misto de público e privado. O sistema segue tendo financiamento público, mas prestadoras de serviço privadas concorrem na prestação de serviços ao usuário, que passa a ter possibilidade de escolha. O usuário é reconfigurado como consumidor ou cliente, e a partir de então sua opinião sobre os serviços passa a ser extremamente valorizada na avaliação dos serviços e na alocação de recursos (Clarke, 2007). O surgimento dessas políticas transformou significativamente o MBUS.

Por um lado, os usuários passaram a encontrar espaço para influenciar formalmente a produção de cuidados em saúde mental, e assim seu poder de negociação aumentou significativamente. Um sinal desse fortalecimento é que os grupos de usuários se multiplicaram de forma exponencial ao longo dos anos 1990 e 2000. Enquanto em 1995 havia cerca de uma dúzia de grupos de usuários, em 2005 contavam-se no mínimo 500 (Campbell, 2005). A demanda pela participação dos usuários também gera uma crescente profissionalização do movimento, à medida que os usuários passam a ser remunerados pelo seu saber experiencial. Isso se reverte em ganhos pessoais importantes para os usuários, dado que pessoas com sofrimento psíquico usualmente encontram muitas barreiras para entrar e se manter no mercado de trabalho.

No entanto, essa incorporação do movimento no sistema de saúde diminui sua independência em relação ao governo e aos serviços de saúde

⁶ Entre os tipos de serviços geridos por usuários estão como crisis centers (serviços voltados para o atendimento à crise), helplines (linhas telefônicas que oferecem suporte emocional), drop-in centers (centros de convivência), resource centers (centros de recursos, que podem oferecer educação profissional, orientação em saúde mental, oficinas, etc.), entre outros

⁷ A expressão inglesa consumerism tende a ser traduzida para o português como “consumismo”. Embora possa significar um hábito ou desejo de consumir, o termo se refere também a políticas neoliberais que reconfiguram o cidadão enquanto consumidor, com a ideia de organizar o sistema público de maneira semelhante ao mercado. Para diferenciar estes dois significados, traduziremos a aceção política como “consumerismo”.

de. A agenda do movimento torna-se mais pautada pelas demandas do sistema e menos pelas demandas de usuários. À medida que líderes do movimento passam a ser remunerados como consultores de serviços de saúde e de gestão, eles também se afastam da militância voluntária, enfraquecendo o movimento independente de usuários. (Barnes & Bowl, 2001; Crossley, 2006; Pilgrim, 2012).

Atualmente, o movimento procura superar a fragmentação resultante da multiplicação de pequenos grupos e da dissolução de grupos nacionais importantes, como *Survivors Speak Out* e outros. Em 2011 foi feita a tentativa de reorganizar uma representação nacional de usuários através da criação da *National Service User Network* (Rede Nacional de Usuários de Serviços), que, no entanto, vem encontrando uma série de dificuldades para se estruturar e legitimar-se frente a ativistas mais experientes (Crepaz-Keay, 2008; Survivor History Group, s/d). Apesar disso, é preciso reconhecer que a atuação do MBUS teve efeitos importantes no campo da saúde mental no Reino Unido e segue sendo um ator coletivo de peso nesse campo.

Metodologia de pesquisa

Os dados que apresentaremos a seguir foram produzidos no contexto de uma pesquisa de mestrado (Chassot, 2012; Chassot & Mendes, 2014), onde foram analisados os efeitos da participação no movimento sobre a experiência do sofrimento psíquico dos usuários. Foram realizadas 12 entrevistas com usuários participantes do MBUS durante o mês de Agosto de 2011 em seis cidades do Reino Unido. Todos os entrevistados tinham experiência (anterior ou presente) de sofrimento psíquico e utilização de serviços de saúde mental, assim como envolvimento (anterior ou presente) com organizações lideradas por usuários.

A amostra foi composta por 8 mulheres e 4 homens, com idades entre 35 e 73 anos (média de 52,75 anos). Trata-se de um grupo bastante heterogêneo em diversos aspectos. Em relação à experiência de sofrimento psíquico e utilização de serviços, a maioria dos entrevistados (10) vivenciou sofrimento psíquico grave e teve passagem por hospitais psiquiátricos ou comunidades terapêuticas do modelo inglês; porém outros (2) tiveram sofrimento moderado a leve, com atenção em serviços

secundários (equipes de saúde mental) e acompanhamento posterior na Atenção Primária. O perfil socioeconômico também é heterogêneo, sendo os entrevistados de diversas classes sociais. Em relação ao envolvimento com o MBUS, também houve variabilidade: foram entrevistados desde líderes nacionais do movimento, que eram ativistas há décadas, até novatos que participavam do movimento há poucos meses. As carreiras de ativismo variavam de 1 a 30 anos (média de 15,5 anos), e eram em muitos casos intermitentes. A heterogeneidade foi interpretada como um traço positivo da amostra, pois ofereceu uma diversidade de experiências para comparar e discutir, refletindo a própria heterogeneidade do movimento.

As entrevistas foram semiestruturadas e realizadas por uma das autoras (Carolina S. Chassot), utilizando o seguinte roteiro de perguntas: (a) perguntas a respeito da experiência pessoal do sofrimento psíquico (marcos iniciais do sofrimento, sentimentos e interpretações pessoais sobre o fenômeno, reações de familiares, amigos, experiências de tratamentos, situação atual); (b) envolvimento no movimento de usuários (processo de adesão, razões para envolvimento, organizações de que fez parte, funções assumidas dentro do movimento, percepções sobre o movimento); (c) efeitos da participação para experiência do sofrimento psíquico (se percebe mudança na experiência pessoal do sofrimento psíquico após o envolvimento, se acha que o movimento produz mudanças na experiências de usuários envolvidos e não-envolvidos). As entrevistas tiveram duração entre 47 a 120 minutos (média de 90,5 minutos) e foram realizadas em lugares escolhidos pelos participantes. A análise das entrevistas transcritas foi feita a partir de uma abordagem mista, utilizando elementos da teoria fundamentada em dados (*grounded theory*) (Charmaz, 1995, 2006; Glaser & Strauss, 1967) e da análise temática (Braun & Clarke, 2006).

No presente artigo, apresentamos um recorte desse estudo. A partir das entrevistas com usuários participantes do MBUS e da produção bibliográfica a respeito desse movimento (Armes, 1999; Barnes & Bowl, 1991; Crossley, 2006; Rogers & Pilgrim, 1991; Survivor History Group, s/d; Wallcraft, Read, & Sweeney, 2003), propomo-nos a analisar com mais detalhes os efeitos micro e macropolíticos do protagonismo de usuários de saúde mental no campo da saúde mental.

Transformações na experiência subjetiva do sofrimento psíquico

O movimento britânico de usuários e sobreviventes tem como um de seus elementos constitutivos as iniciativas de *self-help*⁸ ou apoio mútuo. Desde seu início, o movimento se desenvolve tendo como base a criação de redes de apoio, serviços de saúde mental e grupos de ajuda mútua, todos geridos por usuários (Crossley, 2006), à semelhança de movimentos de usuários em outros países (Chamberlin, 1978). A proposta de criar uma rede alternativa à rede psiquiátrica apresenta-se como forma de resistência ao sistema que usuários criticavam e buscavam superar. Ao longo dos anos, o apoio mútuo segue sendo um dos tipos de atividades mais frequentemente realizados por grupos de usuários no Reino Unido (Wallcraft, Read, & Sweeney, 2003).

Na pesquisa, verificou-se que esse elemento de apoio mútuo não se expressa apenas mediante espaços formais, como grupos de ajuda mútua, mas também por meio de relações informais, de amizade, entre usuários que se conhecem através dos grupos e organizações do movimento. Esse encontro com outros usuários em um espaço que acolhe a diferença e o sofrimento oferece a possibilidade de romper um padrão de isolamento social e estigmatização, recorrente entre sujeitos com sofrimento psíquico. É no compartilhamento do sofrimento e no apoio em momentos de crise que o coletivo se fortalece e novos sentidos para a “doença mental” são criados. O “usuário” emerge como ser de potência, e não apenas como ser de falta ou desvio.

Além disso, essa rede de apoio funciona como a base de sustentação do movimento de usuários, em diversos sentidos. A busca pelo apoio mútuo aparece como uma “porta de entrada” para o ativismo, pois a busca de alívio para o sofrimento motiva muitos usuários a ingressarem nos grupos. Essa entrada no coletivo desencadeia o desejo de envolvimento com o movimento e de defesa dos direitos dos usuários.

⁸ Vasconcelos (2003) propõe que a tradução desse termo deve ser feita desdobrando-o em três conceitos: cuidado de si, ajuda mútua e suporte mútuo. Essa tripla tradução indica a amplitude daquilo que se pratica no Reino Unido como *self-help*, envolvendo ações individuais e coletivas, de suporte afetivo e material. Neste texto, optamos por traduzir *self-help* como apoio mútuo, para evitar a repetição do termo em inglês, mas remetendo o termo à complexidade identificada por Vasconcelos.

*Foi quando eu encontrei essas pessoas e pensei: certo, eu tentei toda a minha vida, eu passei a vida inteira isolado, agora conheci um grupo de pessoas vulneráveis com quem posso me relacionar – e esse é o cunho principal: se relacionar. Eu vou ajudar a fazer a diferença! ... Se há algum problema com um serviço de saúde mental ... que vai afetar negativamente os usuários, eu não vou ficar alheio, vendo isso acontecer. Eles já têm problemas suficientes. E eu sou um deles!*⁹ (Roger¹⁰, 54 anos)

À medida que os usuários se constituem militantes, essa rede de suporte mantém-se relevante, pois também se configura como espaço de apoio para superar as dificuldades inerentes ao enfrentamento político. Ali, usuários se apoiam em suas fragilidades, compartilhando experiências e estratégias de resistência.

[trabalhar como representante dos usuários] pode ser uma posição muito isolada e difícil, você sabe. Eu acho que o movimento de sobreviventes me ajudou a manter isso, porque eu posso ir e falar com outras pessoas quando eu tenho um momento especialmente difícil com a organização, ou com o grupo de pessoas que vem para o treinamento, ou coisas assim. (Harriet, 65 anos)

Através desses espaços de convivência, compartilhamento de experiências e apoio mútuo, vai se produzindo um processo que chamamos de “politização da experiência do sofrimento psíquico”. Essa politização se constrói no movimento por meio de uma série de processos e dispositivos, sendo importante a ocorrência de uma reconfiguração das formas de compreender o sofrimento psíquico.

Não há, atualmente no MBUS, um modelo único para explicar o sofrimento psíquico. Enquanto os primeiros grupos eram abertamente contrários aos modelos explicativos das ciências *psi*, o movimento se ampliou e diversificou-se. Atualmente, diferentes formas de compreender o sofrimento são aceitas e divulgadas por subgrupos – há aqueles que tomam o modelo psiquiátrico de doença mental, outros ressaltam os fatores ambientais e sociais na produção da doença, muitos negam completamente o conceito de doença, há os que rejeitam e os que aceitam medicação psicotrópica e tratamentos convencionais. Mas existe, em qualquer um dos casos, uma apropriação das diversas explicações ofertadas socialmente, e

⁹ Extratos das entrevistas traduzidos livremente do inglês.

¹⁰ Nome fictício.

uma reconfiguração desses modelos explicativos a partir daquilo que faz sentido para cada coletivo e indivíduo, a partir de sua história.

Uma das principais bandeiras do movimento é o acesso à informação. Ao ingressar em um dos grupos ou organizações do movimento, os usuários entram em contato com uma série de informações que lhes são muitas vezes negadas por profissionais de saúde, seja a respeito de seu diagnóstico, medicação e efeitos colaterais, psicoterapias ou terapias alternativas. Nos grupos, os usuários também encontram espaços para debater e construir sua própria compreensão, ressignificando sua experiência.

O compartilhamento das experiências evidencia as semelhanças entre as experiências de sofrimento, apontando para algo na dimensão do sofrimento psíquico que extrapola o indivíduo. Como os grupos diferem em termos de posicionamento político, também são diferentes aspectos do social que podem ser destacados nesses processos de politização. Alguns grupos, por exemplo, identificam a falta de acesso a serviços psiquiátricos de qualidade como um fator agravante para o sofrimento; outros vão lutar contra a estigmatização do usuário; outros, ainda, podem compreender a doença mental como uma fábula criada com objetivo de oprimi-los. De qualquer forma, componentes sociais do sofrimento são identificados através de um processo coletivo reflexivo, abrindo a possibilidade de politizar o sofrimento, o qual deixa de ser uma característica exclusivamente individual e passa a ser compreendido como algo que tem um componente político-social que motiva a ação coletiva do movimento. Aqui apresentamos a citação de uma participante da pesquisa que ilustra bem esse processo de mudança.

[No hospital psiquiátrico] *you* é novamente traumatizado. *You* se sente como se fosse ninguém! *You* se sente diminuído ... inútil, porque as pessoas se assustam, elas te tratam como se tivessem medo, *you* é o bode expiatório, qualquer coisa que dê errado, o culpado é *you* ... *You* era empoderada (empowered) antes, perdi isto no hospital, e depois me tornei empoderada novamente ... *You* comecei a entender a política, o contexto mais amplo. Não apenas que *you* havia estado doente, que *you* havia passado por experiências traumáticas, que *minha* vida havia desmoronado e *you* tive que juntar seus pedacinhos... Mas o fato que *you* fazia parte de um contexto maior. Que as pessoas negras eram discriminadas, e isso é uma coisa de todo o país, de

todo o mundo Porque somos chamados de “usuários”, *you* é louco, doente mental, *you* não pode ter nenhuma emoção, deve ser dopado, sedado, drogado, calmo, complacente, não fazer perguntas. ... Aguentar e calar, é isso que querem de nós. Mas não de mim. *You* nunca fui e nunca vou ser assim. (Rose, 52 anos)

Outro aspecto marcante do ingresso no movimento é que usuários passam a conhecer outras pessoas com sofrimento psíquico que se descolam do estereótipo estigmatizante, que retrata o doente mental como inútil, incompetente ou perigoso. Encontram usuários que militam, que ocupam cargos importantes de liderança, que têm boas carreiras profissionais, que falam em público sobre seu sofrimento psíquico sem vergonha ou culpa. Tais pessoas aparecem nas falas dos entrevistados como fontes de inspiração, possibilitando a construção de identidades mais potentes para os usuários. Suas atuações políticas e profissionais atestam que uma pessoa com sofrimento psíquico é protagonista na esfera pública, reconhecendo-se como usuário. Nas passagens abaixo, o espanto de Ralph, ao perceber que os “diretores da companhia” eram usuários como ele, é similar à importância que Valerie atribui ao seu contato com líderes do movimento. Ambos falam de uma potência de ser usuário que até então era desconhecida.

Ver estas pessoas [líderes do movimento de usuários] e *estar envolvida com elas* foi incrivelmente importante para mim, eu acho, para encontrar uma identidade profissional que incorpore o meu passado como usuária de saúde mental. Porque eu pude ver que estas pessoas eram respeitadas, tinham carreiras acadêmicas importantes, eram muito abertas sobre seu sofrimento, seu trabalho era bastante valorizado, baseado em suas experiências e também em seu ativismo (Valerie¹¹, 40 anos)

Eu percebi que todos os coordenadores são voluntários, ninguém é pago. Duas das pessoas que estavam no meu grupo [de ajuda mútua] são diretores da companhia! [uma organização de usuários] ... elas também têm doenças, elas também têm problemas de saúde mental! (Ralph, 61 anos)

¹¹ Valerie é uma pesquisadora em saúde mental que assume abertamente seu estatuto de usuária. Essa é uma forte tendência dentro do MBUS, de usuários que se envolvem com pesquisa acadêmica, a partir de seu lugar de usuário, sustentando que seu saber experiencial acrescenta algo às suas competências científicas.

Transformações nas políticas e práticas de cuidado

A respeito dos efeitos do ingresso dos usuários no campo político da saúde mental como protagonistas, podemos, igualmente, destacar alguns elementos, sem pretender criar uma lista exaustiva e definitiva. Em nossa análise, um dos efeitos mais importantes desse movimento é a construção de um novo lugar social para o usuário de serviços de saúde mental.

Atualmente, no Reino Unido, a presença dos usuários é imprescindível em qualquer debate do campo da saúde mental, e sua influência aumentou enormemente desde o início do movimento. A perspectiva dos usuários sobre suas experiências de sofrimento psíquico e de tratamento já fazem parte do currículo acadêmico de profissionais de saúde mental, seja por meio do estudo de livros e artigos publicados por usuários ou através de capacitações organizadas pelos mesmos. Muitos usuários trabalham como consultores, prestando assessoria técnica para serviços públicos e privados de saúde mental, no sentido de construir serviços mais humanizados e participativos. Usuários são muitas vezes eleitos como representantes do público para coordenar as organizações do governo que fiscalizam e gerenciam a prestação de serviços de saúde mental (*Mental Health Trusts*). Cresce também a atuação de usuários como pesquisadores em saúde mental, procurando contemplar nas pesquisas o ponto de vista dos usuários (Sweeney et al., 2009).

Esse foi um lugar conquistado, pois os primeiros grupos de usuários não dispunham dessa permeabilidade social em relação à sua experiência. Foi através da militância e do protesto que se fizeram ouvir, aumentando progressivamente a força e a presença dos usuários nas discussões de saúde mental. As reformas neoliberais consumeristas reconheceram essa força e abriram canais institucionais receptivos às reivindicações dos usuários, o que teve um efeito paradoxal para o movimento, como já indicamos anteriormente. Na análise de muitos, a utilização desses canais participativos institucionais não tem sido eficiente para produzir reais mudanças sociais. Tanto a bibliografia consultada (Barnes & Bowl, 2001; Crossley, 2006) quanto os entrevistados da pesquisa apontaram a excessiva burocratização dos espaços e sua falta de resolutividade. A energia do movimento acaba sendo dispersa em um grande número de

ações, junto ao poder público, que têm pouco ou nenhum impacto em termos de demandas dos usuários.

Para os usuários entrevistados em nossa pesquisa, no entanto, são inegáveis os efeitos micropolíticos do MBUS, como a reconfiguração da compreensão do sofrimento psíquico, a construção de identidades mais potentes, a inserção em uma rede afetiva que acolhe sua diferença, a valorização de sua experiência como um saber válido e a desculpabilização do indivíduo pelo seu próprio sofrimento. Mas uma análise macropolítica indica que o movimento de usuários foi, em certa medida, vítima do seu próprio sucesso. Suas ações ampliaram a presença dos usuários nos espaços decisórios e tiveram um efeito sobre as políticas públicas de saúde, que foram modificadas para incorporar esse novo ator social. Embora os usuários tenham, atualmente, sua presença assegurada na gestão do sistema de saúde mental, não é evidente o quanto sua atuação tem se revertido em reais mudanças para os usuários¹². A incorporação do movimento pela gestão pública tornou-o menos capaz de sustentar-se como movimento independente. Essas são questões relevantes para se pensar a atuação política de usuários no Brasil.

A participação de usuários de saúde mental em políticas e práticas de cuidado

O movimento de usuários no Reino Unido nos ensina que existe um grande potencial de atuação político-social dos usuários de saúde mental. Com o suporte necessário, usuários são capazes de se apoiarem mutuamente, criarem estratégias de cuidado, defenderem seus direitos e de seus pares, compartilharem suas opiniões e experiências em espaços públicos, participarem de processos decisórios e se organizarem como atores coletivos políticos. Os usuários de saúde mental passaram a falar em

¹² O movimento tem inclusive sofrido derrotas políticas importantes, como a aprovação do Mental Health Act de 2007, que prevê maior controle e vigilância sobre os usuários tratados na comunidade. Através das "Community Treatment Orders" (Ordens de Tratamento Comunitário), pacientes são forçados a se submeterem ao tratamento comunitário, após alta da internação psiquiátrica. Na prática, os usuários podem ser obrigados a se medicarem, convocados a se apresentar em serviços de saúde mental e até a retornar ao hospital psiquiátrico compulsoriamente depois da alta (Mental Health Act, 2007; Mind, 2007).

seu próprio nome, rejeitando a “indignidade de falar pelos outros”, conforme a crítica de Foucault (Deleuze, 1987).

Embora o MBUS possa servir como inspiração, evidenciando o potencial de mobilização das pessoas com sofrimento psíquico, não é possível transpor essa experiência para o Brasil, como um exemplo a ser seguido. Em primeiro lugar, porque o MBUS é um movimento social com inúmeras dificuldades, das quais relatamos apenas algumas. Mas, principalmente, porque um movimento social é sempre um processo contingente que depende de suas condições de possibilidade. O Brasil tem peculiaridades em relação ao seu processo histórico e a fatores socioculturais que devem ser respeitados e considerados (ver, por exemplo, a discussão de Vasconcelos, 2013, a esse respeito). É preciso refletir que tipo de atuação política está sendo possível para os usuários de saúde mental no contexto brasileiro e como seu protagonismo pode ser ou ampliado.

A exposição que fizemos evidencia, em primeiro lugar, a indiscutível capacidade de organização dos usuários como atores propositivos, criativos e protagonistas no cenário das políticas de saúde mental. Nesse sentido, o histórico do movimento britânico e internacional de usuários rompe com certos paradigmas que ainda persistem entre os profissionais de saúde mental no Brasil, que vêem nos diagnósticos psiquiátricos rótulos de incapacidade que autorizam todo tipo de atitude paternalista e tutelar.

Percebemos, através da experiência britânica, como o protagonismo político pode ser uma experiência transformadora para os usuários, alcançando muitos dos objetivos aos quais se lança a proposta de desinstitucionalização. O movimento surge como um espaço de troca de experiências, convivência em torno de uma rede de apoio mútuo que beneficia enormemente os sujeitos coletivos e individuais. Também se apresenta como lugar de ressignificação do sofrimento psíquico, que é desindividualizado, interrogado e politizado.

Trata-se de uma experiência política que afirma a possibilidade de valorizar a experiência do sofrimento psíquico como um saber a ser considerado, juntamente com o saber técnico-científico, no momento de tomar decisões clínicas e políticas em relação à saúde mental. Dessa forma, coloca em evidência a necessidade de uma ampla reflexão ético-política sobre a gestão dos serviços e a horizontalidade nos tratamentos, que deve ser fomentada com urgência no Brasil. Retomar os propósitos da Refor-

ma Psiquiátrica brasileira, enriquecidos pela mais expressiva participação de usuários de saúde mental em sua construção e debate, apresenta-se como necessidade, se quisermos sustentar a proposta de desinstitucionalização promovida pela Reforma Psiquiátrica brasileira.

Referências

- Amarante, P. (1994). Algumas reflexões sobre ética, cidadania e desinstitucionalização na reforma psiquiátrica. *Saúde em debate*, 45, 43-46
- Amarante, P. (1995). Loucos pela vida: a trajetória da reforma psiquiátrica no Brasil. Rio de Janeiro: Fiocruz.
- Arejano, C. B., Padilha, M. C. S., & Albuquerque, G. L. D. (2003). Reforma psiquiátrica: uma analítica das relações de poder nos serviços de atenção à Saúde Mental. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 56(5), 549–554.
- Armes, D. (2009). Mission informed discursive tactics of British mental health service-user/survivor movement (BSUSM) resistance to formalization pressures accompanying contractual relationships with purchasing authorities. *Journal of Mental Health*, 18(4), 344-352.
- Barnes, M. & Bowl, R. (2001). Taking over the asylum - empowerment and mental health. Londres: Palgrave.
- Braun, V. & Clarke, V. (2006). Using thematic analysis in psychology. *Qualitative Research in Psychology*, 3(2), 77-101.
- Campbell, P. (2005). From Little Acorns - The mental health service user movement. In A. Bell & P. Lindley (Org), *Beyond the water towers - the unfinished revolution in mental health services 1985-2005* (pp. 73-83). Londres: The Sainsbury Centre for Mental Health.
- Campos, G. W. S. (2000). Um método para análise e co-gestão de coletivos. São Paulo: Hucitec.
- Campos, R. T. O. & Campos, G. W. S. (2012). Co-construção de autonomia: o sujeito em questão. In G. W. S. Campos, M. C. S. Minayo, M. Akerman, M. Drumond, & Y. M. Carvalho (Orgs.), *Tratado de Saúde Coletiva* (669-688). São Paulo: Hucitec.
- Chamberlin, J. (1978). *On our own: patient-controlled alternatives to the mental health system*. New York: Hawthorne.
- Charmaz, K. (1995). Grounded theory. In J. A. Smith, R. Harré, & L. Van Langehove, (Org), *Rethinking methods in psychology* (pp. 27-49). Londres: Sage.
- Charmaz, K. (2006). *Constructing grounded theory: a practical guide through qualitative analysis*. Londres: Sage.

- Clarke, J. (2007). Unsettled connections: citizens, consumers and the reform of public services. *Journal of Consumer Culture*, 7(2), 159-178.
- Chassot, C. S. (2012). The British mental health service user / survivor movement and the experience of mental distress. Dissertação de Mestrado, Mestrado em Dinâmicas de Saúde e Bem-Estar, Universidade de Évora, Évora, Portugal e École des Hautes Études en Sciences Sociales, Paris, França.
- Chassot, C. S. & Mendes, F. (2014). The experience of mental distress and recovery among people involved with the service user/survivor movement. London: Health.
- Crossley, N. (2006). *Contesting Psychiatry*. Londres: Routledge.
- DaMatta, R. (1997). A casa & a rua: espaço, cidadania, mulher e morte no Brasil. Rio de Janeiro: Rocco.
- Deleuze, G. (1987). *Foucault*. Lisboa: Vega.
- Crepaz-Keay, D. (2008). About the National Service User Network. *Openmind*, 149, 8-9.
- Figueiró, R. D. A. & Dimenstein, M. (2010). O cotidiano de usuários de CAPS: empoderamento ou captura? *Fractal: revista de psicologia*, 22(2), 431-446.
- Figueiró, R. A., Mello, L. C., Minchoni, T., & Silva, M. E. (2010). Luta antimanicomial e reforma psiquiátrica: o protagonismo do usuário em debate. *Catussaba*, 1(1), 51-62.
- Glaser, B. G. & Strauss, A. (1967). *The discovery of grounded theory: strategies for qualitative research*. Chicago: Aldine.
- Hirdes, A. (2009). A reforma psiquiátrica no Brasil: uma (re)visão. *Ciência & Saúde coletiva*, 14(1), 297-305.
- Kinoshita, R.T. (1996). Contratualidade e reabilitação psicossocial. In A. M. F. Pitta (Org.), *Reabilitação psicossocial no Brasil* (pp. 19-26). São Paulo: Hucitec.
- Mental Health Act – 17a. (2007). Acesso em 27 de janeiro, 2015, em <http://www.legislation.gov.uk/ukpga/2007/12/contents>
- Mind. (2007). *MHA Briefing 1: Amendments made to the Mental Health Act 1983 by the Mental Health Act 2007*. Londres: Mind.
- Pilgrim, D. (2012). The British welfare state and mental health problems: the continuing relevance of the work of Claus Offe. *Sociology of Health and Illness*, 34(7), 1070-1084.
- Pitta, A. M. F. (1996). O que é reabilitação psicossocial no Brasil, hoje? In A. M. F. Pitta (Org.), *Reabilitação psicossocial no Brasil* (pp. 55-59). São Paulo: Hucitec
- Rogers, A. & Pilgrim, D. (1991). 'Pulling down churches': accounting for the British Mental Health Users' Movement. *Sociology of Health and Illness*, 13(2) 129-148.
- Survivor History Group. (s/d). Mental health and survivors' movements and context. Acesso em 27 de janeiro, 2015, em <http://studymore.org.uk/mpu.htm>.
- Sweeney, A., Beresford, P., Faulkner, A., Nettle, M., & Rose, D. (2009). *This is survivor research*. Ross-on-Wye: PCCS Books.
- Tavares, R. C. & Sousa, S. G. (2009). O usuário de CAPS: quem é esse sujeito? *Psicologia e Saúde*, 1(1), 40-49.
- Tomes, N. (2007). Patient empowerment and the dilemmas of late-modern medicalisation. *Lancet*, 369(9562), 698-700.
- Torre, E. H. G. & Amarante, P. (2001). Protagonismo e subjetividade: a construção coletiva no campo da saúde mental. *Ciência & Saúde coletiva*, 6(1), 73-85.
- Vasconcelos, E. M. (2003). *O poder que brota da dor e da opressão – empoderamento, sua história, teorias e estratégias*. São Paulo: Paulus.
- Vasconcelos, E. M. (2007). Dispositivos associativos de luta e empoderamento de usuários, familiares e trabalhadores em saúde mental no Brasil. *Vivência*, 32, 173-206.
- Vasconcelos, E. M. (2009). Perfil das organizações de usuários e familiares no Brasil, seus desafios e propostas. *Caderno Brasileiro de Saúde mental*, 1(1).
- Vasconcelos, E. M. (2013). Empoderamento de usuários e familiares em saúde mental e em pesquisa avaliativa/interventiva: uma breve comparação entre a tradição anglo-saxônica e a experiência brasileira. *Ciência & Saúde Coletiva*, 18(10), 2825-2835.
- Wallcraft, J., Read, J., & Sweeney, A. (2003). *On our own terms - users and survivors of mental health services working together for support and change*. Londres: The Sainsbury Centre for Mental Health.

Serviços substitutivos e hospitais psiquiátricos: discursos da população paraibana

Pedro de Oliveira Filho, Thelma Maria Grisi Velôso,
Flavia Palmeira de Oliveira, Glória Rodrigues do Nascimento e
Iara Cristine Rodrigues Leal Lima

Introdução

O Século XIX representa um marco na história da relação das sociedades ocidentais com a loucura que, nesse momento histórico, passou a ser determinada como doença, e o hospital definido como psiquiátrico, um meio de repressão e exclusão social, espaço violento de mortificação das subjetividades e de uma extrema vulnerabilidade social (Amarante, 1995).

Entendida como doença mental, a loucura é concebida, em seus aspectos orgânicos, como distúrbio da razão, e o louco como alguém incapaz de exercer a cidadania. O isolamento é visto como um recurso necessário para retirá-los de um estado confuso e desordenado. Como afirma Amarante (2007, p. 1), “o asilo, enquanto espaço ordenado em bases científicas, como propunham Pinel e Esquirol, seria, portanto, o lugar ideal para o exercício do tratamento moral, da reeducação pedagógica, da vigilância e da disciplina.”

Aos poucos, no entanto, foram sendo feitas críticas à Psiquiatria Asilar, que culminaram, por volta da segunda metade do Século XX, com o surgimento de alguns movimentos sociais referenciados como antipsiquiátricos. Como atesta Oliveira (2011), a Antipsiquiatria, um movimento político de contestação, tinha como característica principal negar a Psiquiatria tradicional e promover alternativas de tratamento do sofrimento psíquico. Esse movimento, surgido nos anos 50 do século passado, não se opunha somente às práticas asilares, mas também, principalmente, aos princípios que orientavam a “medicina mental” (Delacampagne, 2004). Nesse contexto, surgiram, em países como Inglaterra, Estados Unidos, França e Itália,

algumas iniciativas de transformação das práticas institucionais psiquiátricas, denominadas de Reforma Psiquiátrica (Desviat, 2008).

No Brasil, as propostas de saúde pública, surgidas no bojo das discussões promovidas nos anos 70 pelo movimento de transformação da saúde pública nacional, a chamada Reforma Sanitária, desencadearam um processo que resultou na Reforma Psiquiátrica brasileira. Esse movimento surgiu a partir da indignação dos trabalhadores em saúde mental, das denúncias de maus-tratos e más condições de trabalho que renasceram no período de redemocratização do país (Amarante, 1995).

A instituição psiquiátrica passou a ser pauta de discussão não apenas da classe médica e dos internos, mas também da sociedade como um todo, o que solidificou o movimento (Rosa, 2003). As críticas feitas à Psiquiatria Asilar resultaram no processo de criação de um conjunto de serviços substitutivos e de dispositivos que se contrapõem às práticas opressivas e segregadoras dos manicômios. A esse processo se deu o nome de desinstitucionalização. Como afirma Amarante (2007, p. 5), “a desinstitucionalização não se restringe à reestruturação técnica, de serviços, de novas e modernas terapias: torna-se um processo complexo de recolocar o problema, de reconstruir saberes e práticas, de estabelecer novas relações”.

A nova maneira de cuidar das pessoas em sofrimento psíquico, materializada na Lei de Reforma Psiquiátrica no Brasil (Lei 10.216/2001), política pública efetivada através da Política Nacional de Saúde Mental, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), pretende, entre outros objetivos, resgatar a liberdade e ressaltar o direito à cidadania dessas pessoas. Assim, seguindo, sobretudo, a proposta da Psiquiatria Democrática Italiana, novos espaços foram criados – o chamado modelo substitutivo, baseado na criação de centros de saúde (Centro de Assistência Psicossocial - CAPS)¹, localizados próximos à comunidade e servem como referência nos

¹ CAPS I - Serviço aberto para atendimento diário de adultos com transtornos mentais severos e persistentes: trata-se de equipamento importante para municípios com população entre 20 e 70 mil habitantes; CAPS II - serviço aberto para atendimento diário de adultos com transtornos mentais severos e persistentes: trata-se de equipamento importante para municípios com população com mais de 70 mil habitantes; CAPS III - serviço aberto para atendimento diário e noturno, durante sete dias da semana, de adultos com transtornos mentais severos e persistentes: é um equipamento importante em grandes cidades; CAPSi - voltado para a infância e a adolescência, para atendimento diário a crianças e adolescentes com transtornos mentais; CAPS AD - voltado para usuários de álcool e outras drogas, para atendimento diário à população com transtornos decorrentes do uso de substâncias. (<http://dtr2004.saude.gov.br/susdeaz>).

momentos de crise. Foram criadas também as Residências Terapêuticas (RTs), entendidas como uma alternativa para aqueles que, sem vínculos familiares, precisam de condições para reconstruir os laços sociais após o fechamento de alguns manicômios. Essas residências se localizam no espaço urbano e são habitadas por, no máximo, oito moradores, com o objetivo de promover a reabilitação psicossocial e inseri-los na comunidade (Ministério da Saúde, 2004).

Embora a Reforma Psiquiátrica brasileira tenha se organizado a partir da crítica e da reforma do modelo hospitalocêntrico, buscando desconstruir os espaços asilares e criar modelos assistenciais alternativos, isso não implicou a extinção dos hospitais psiquiátricos nem sua total reinvenção (Goulart & Durães, 2010).

Nesse processo, muitos avanços foram obtidos, mas novos desafios se apresentam na atualidade. Dimenstein (2007, p. 26) alerta que “a desmontagem do aparato manicomial é tarefa árdua, pois não se trata apenas da substituição dos hospitais psiquiátricos; é preciso desmontar dispositivos práticos e discursivos que, diferentemente daqueles presentes nas formas asilares de tratamento, apresentam-se como novas clausuras invisíveis.” A autora acrescenta que, por trás de um discurso aparentemente comprometido com uma mudança, há uma reprodução de práticas de controle.

Como aponta Desviat (2008, p. 82), uma das explicações para os problemas associados à desinstitucionalização é a falta de preparo da comunidade para receber os pacientes desinstitucionalizados. Segundo ele, “quase todos os esforços se voltam para a modificação do comportamento dos pacientes e, pouquíssimos, para modificação das crenças, dos preconceitos e dos comportamentos da sociedade a que eles são destinados”.

Entendemos que a forma como a população (um dos atores da rede intersetorial em saúde) define e descreve a reforma psiquiátrica e seus dispositivos é de fundamental importância, porquanto seu apoio, sua participação e o seu comprometimento são fundamentais para o avanço da reforma.

Perguntamo-nos, então: Quais os significados desse processo para a população? Que sentidos constrói sobre a Reforma, sobre os usuários e sobre os técnicos? Como descreve os serviços substitutivos e os hospitais

psiquiátricos? Em que medida as formas atuais de lidar com a loucura ganham visibilidade em seus discursos? Em que medida elas são diferenciadas, nesses discursos, das práticas vinculadas à Psiquiatria Asilar?

Procurando respostas para tais perguntas, desenvolvemos uma pesquisa nos municípios do estado da Paraíba, onde há CAPS e RTs, com o objetivo principal de analisar o discurso que a população paraibana residente perto desses serviços constrói sobre a Reforma Psiquiátrica.

Neste texto, apresentamos um recorte dessa pesquisa mais ampla, bem como será analisado o modo como a população de municípios do interior do estado da Paraíba (Boqueirão, Piancó, Queimadas, Sapé e Sousa) descreve os hospitais psiquiátricos, os novos serviços substitutivos criados com a reforma e as avaliações presentes, implícita ou explicitamente, nessas descrições.

Método

Perspectiva teórico-metodológica

A perspectiva teórico-metodológica adotada nesta pesquisa é a desenvolvida pelos teóricos da Psicologia Social Discursiva (Antaki & Widdicombe, 2008; Billig, 2008; Edwards, 2008; Gill & Edwards, 1990; Potter, 1998; Potter & Wetherell, 1987; Wetherell & Potter, 1992).

Seguindo os teóricos desse pensamento (Potter & Wetherell, 1987; Potter et al., 1990), neste trabalho, o termo discurso refere-se a todos os tipos de interação pela fala e aos mais diferentes tipos de textos escritos. Segundo esses teóricos, a análise não se reduz à identificação de discursos (médico, religioso, psiquiátrico, etc.). Evidentemente, identificar discursos é um dos objetivos da análise na Psicologia Social Discursiva; pois, quando usamos a linguagem, mobilizamos frequentemente diferentes discursos. Num mesmo trecho de entrevista, ou num artigo de jornal, por exemplo, podemos identificar enunciados do discurso cristão e de determinada vertente política. Mas, sob o ponto de vista da Psicologia Social Discursiva, a análise vai muito além da identificação de tais discursos, e eles não são reificados nem vistos como entidades que existem independentemente de sua manifestação em práticas discursivas, em atos discursivos. Nessa

perspectiva, a linguagem é uma forma de ação no mundo, uma prática que possibilita a construção da realidade; é parte integrante do mundo e das pessoas, em um processo de constituição mútua, utilizados por elas para desempenhar diferentes atividades, ordenar, questionar, solicitar, acusar, defender-se, etc.

Há quatro tópicos centrais para a Psicologia Social Discursiva, a saber: função, construção, retórica e variabilidade. No que diz respeito à função, os autores ressaltam que, quando construímos versões sobre o mundo, quando argumentamos, descrevemos, narramos, explicamos, etc., estamos realizando ações. Ao analisar descrições, os teóricos da Psicologia Social discursiva se interessarão mais pela natureza das ações realizadas (acusar, culpar, avaliar, etc.) do que por processos psicológicos subjacentes (Potter & Wetherell, 1987).

Na Psicologia Social Discursiva, o termo construção tem três sentidos. Em primeiro lugar, lembra que os discursos são construídos com uma variedade de recursos linguísticos disponíveis na cultura. Em segundo, essa construção implica atividade seletiva: alguns recursos são escolhidos ao invés de outros. Em terceiro lugar, refere-se ao fato de que o discurso constrói para nós o mundo social em que vivemos, de que temos acesso ao mundo por meio de construções discursivas (Potter & Wetherell, 1987).

Ao acentuar a natureza retórica do discurso, esse pressuposto teórico-metodológico chama a atenção para a importância do conflito na sociedade. De fato, o contexto da retórica não se resume às relações entre o orador e a audiência. Tal contexto inclui, geralmente, as versões que o orador tenta tornar justas, legítimas ou verdadeiras para seu público, mas nele também se encontram as versões contrárias que estão sendo combatidas, de maneira implícita ou explícita (Billig, 2008). Em outras palavras, o argumento a favor de uma versão da realidade é sempre um argumento contra outra versão (Billig, 1991).

A variabilidade, como o próprio nome sugere, diz respeito à inconsistência, à contradição presente no discurso. Sua presença nos discursos é decorrente, em parte, das diversas funções utilizadas para a linguagem. Os discursos construídos não se constituem como meros reflexos da realidade, mas são versões que procuram atingir determinados objetivos (Potter & Wetherell, 1987). Todavia, a variabilidade discursiva não decorre apenas de considerações estratégicas, mas também do próprio senso co-

mo e da existência de valores e ideologias em conflito na sociedade, que se atualizam na subjetividade individual (Billig, 1991).

A mobilização de categorias no discurso é um tema de grande interesse para os psicólogos discursivos. Esses teóricos focalizam o modo como o uso das categorias nas descrições constitui grupos e identidades, realiza práticas discriminatórias, produz e reproduz assimetrias intergrupais. Mas a categorização, aqui, não é entendida simplesmente como o processo de colocar pessoas em categorias. Os psicólogos discursivos, principalmente aqueles mais influenciados pela Etnometodologia e pela Análise de Conversação (Antaki & Widdicombe, 2008; Edwards, 2008; Potter, 1998), tendem a compreendê-la de modo mais amplo, estudando-a como o processo de colocar, em categorias, pessoas, eventos, ações, etc., observando, como afirma Potter (1998), as propriedades inferenciais e organizativas das categorias em processos descritivos.

A noção de manipulação ontológica (Potter, 1998), ou seja, de que em toda descrição se constitui um conjunto de entidades, ao mesmo tempo em que se evita outro, nos alerta para as possibilidades construtivas dos processos descritivos e suas implicações sociais e psicossociais.

Contexto e participantes

No Estado da Paraíba, o processo de Reforma Psiquiátrica materializa-se na existência de uma rede de Serviços Substitutivos implantada em 51 (cinquenta e um) municípios do estado, totalizando 44 (quarenta e quatro) CAPS I, nove CAPS II, quatro CAPS III, dez CAPSi, oito CAPSad, quatro CAPSad III e 20 (vinte) residências terapêuticas (informações obtidas no Núcleo de Saúde Mental, Secretaria de Saúde do Estado da Paraíba, maio, 2013). Cumpre lembrar que, na Paraíba, existem, atualmente, seis hospitais psiquiátricos, quatro localizados em João Pessoa, um em Campina Grande e um em Cajazeiras (Sousa, Oliveira, Sousa, Damasceno, & Oliveira, 2013).

Os participantes desta pesquisa, como já referido, residem nas proximidades dos serviços substitutivos das cidades de Boqueirão, Piancó, Queimadas, Sapé e Sousa. O município de Boqueirão dispõe de um CAPS I, uma residência terapêutica feminina e uma residência masculina; em Piancó, atualmente, há um CAPS I e um CAPS infantil (CAPSi). As duas residências terapêuticas (feminina e masculina) que haviam na cidade esta-

vam desativadas quando realizamos a pesquisa (fizemos entrevistas nas proximidades do local onde estavam situadas). Em Queimadas, há uma residência terapêutica e um CAPS I; em Sapé, um CAPSi, um CAPS I e uma residência terapêutica mista; em Sousa, um CAPS III, um CAPSi e duas residências terapêuticas - uma feminina e uma masculina.

Foram realizadas 101 (cento e uma) entrevistas - 24 na cidade de Boqueirão. Dessas, oito foram realizadas na proximidade do CAPS I de Boqueirão, e 16, nas proximidades das residências terapêuticas. No município de Queimadas, foram feitas 15 entrevistas - oito nas proximidades do CAPS I, e sete perto da residência terapêutica. Em Piancó, obtivemos 24 entrevistas - oito nas proximidades do CAPSi, oito perto da antiga residência terapêutica masculina, e oito nas proximidades do CAPS I e antiga residência feminina. No município de Sapé, realizamos 14 entrevistas - oito, nas proximidades do CAPS I, quatro nas proximidades do CAPSi, e duas perto de residência mista. Em Sousa, procedemos a 24 entrevistas - oito nas proximidades da residência terapêutica feminina, quatro nas proximidades de residência masculina, quatro nas proximidades do CAPS III, e oito nos arredores do CAPSi. Cabe assinalar que não entrevistamos a população residente nas proximidades dos CAPSad, uma vez que esse centro só se ocupa de dependentes químicos.

Dentre os entrevistados, 54 (cinquenta e quatro) são homens e 47 (quarenta e sete) mulheres com idades que variam de 21 a 88 anos. Quanto ao grau de escolaridade dos entrevistados, quatro são analfabetos, onze cursaram o Fundamental incompleto, dezesseis o Fundamental completo; doze o Ensino Médio incompleto; 36 o Ensino Médio completo; seis o Superior incompleto e dezesseis o Superior completo.

Cabe assinalar que o projeto de pesquisa foi submetido à apreciação do Comitê de Ética e Pesquisa da Universidade Estadual da Paraíba (UEPB). Para preservar o anonimato dos participantes da pesquisa, adotamos, na apresentação dos resultados, nomes fictícios.

Instrumentos e Procedimentos

Para realizar as entrevistas, recorreremos à metodologia da História Oral, mediante o depoimento oral e buscando “obter dados informativos e factuais, assim como o testemunho do entrevistado sobre sua vivência ou participação em determinadas situações ou instituições [...] o depoi-

mento não tem o sentido do estabelecimento da verdade, mas o conhecimento de uma versão” (Lang, Campos, & Demartini, 2001, p. 12).

Foram abordados, através do critério de acessibilidade, moradores dos sexos feminino e masculino, que escolheram o local onde seria realizada a entrevista, gravada de acordo com a autorização do entrevistado, e em seguida transcrita literalmente e submetida a análise. Iniciávamos a entrevista solicitando ao participante que definisse o serviço substitutivo localizado próximo de sua residência. No decorrer da entrevista, fazíamos perguntas que contribuíssem para os objetivos da pesquisa. Assim, foram priorizados os seguintes tópicos: os serviços substitutivos; os hospitais psiquiátricos; as formas de cuidar da loucura; os usuários e os técnicos. No decorrer do depoimento, quando esses tópicos não eram abordados espontaneamente pelos entrevistados, eram colocados em pauta pelos entrevistadores para atender aos objetivos da entrevista

O número de entrevistados foi delimitado pelo critério do ponto de saturação, o qual indica a gama de informações suficientes sobre determinado aspecto, pois a análise acompanha todo o processo de pesquisa e permite constatar, nas entrevistas, uma repetição dos conteúdos, indicando que já podemos encerrar a coleta de dados após a obtenção de mais algumas entrevistas (Lang et al., 2001).

Recorremos, ainda, durante a realização das entrevistas, à observação registrada num diário de campo que, segundo Cruz Neto (1995), é um instrumento ao qual recorreremos em diferentes momentos do trabalho de pesquisa para registrar nossas percepções, questionamentos, angústias e informações que não são obtidas por meio de outras técnicas e nos auxiliam na análise das entrevistas.

Procedimentos de análise

Após a transcrição das 101 entrevistas, fizemos leituras e releituras atentas e cuidadosas do material transcrito, um passo necessário para a codificação que, na análise de discurso, é apenas uma análise preliminar e cujo objetivo não é encontrar resultados, mas organizar as categorias determinadas pelas questões de pesquisa para estudos mais aprofundados (Potter & Wetherell, 1987; Gill, 2003). Nesse trabalho, interessava-nos, especificamente, analisar as descrições dos hospitais psiquiátricos e dos serviços substitutivos. Então, selecionamos todas as passagens em que os

sujeitos respondiam ao questionamento direto sobre as diferenças entre essas instituições e todas as passagens em que falavam sobre as diferenças espontaneamente.

No método de Análise de Discurso adotado neste trabalho, as categorias, diferentemente da técnica de Análise de Conteúdo, são tão inclusivas quanto possível. Nessa fase de codificação, procura-se construir categorias sem muita preocupação com os seus limites (Potter & Wetherell, 1987). Assim, uma mesma passagem da transcrição pode aparecer em diferentes categorias.

Na prática da Análise de Discurso, é necessário mudar o modo como pensamos sobre a linguagem. Ao invés de procurar algo que estaria além do discurso e a que teríamos acesso por intermédio do discurso (um sintoma, uma atitude, uma representação, uma crença), focalizamos nossa atenção no modo de construção e organização do discurso em suas funções (Potter & Wetherell, 1987; Gill, 2003).

O processo de análise é constituído por dois momentos intimamente associados. O primeiro é aquele em que se procuram padrões nos dados. Tais padrões se apresentam em forma de variabilidade e consistência, ou seja, diferenças nos conteúdos e nas formas dos discursos e igualdade, características comuns nos diferentes discursos. O segundo é aquele em que se procuram identificar a função e as consequências dos discursos. Formulam-se hipóteses sobre as funções dos discursos e procuram-se evidências para tais hipóteses no material que está sendo analisado (Potter & Wetherell, 1987).

Resultados e discussão

Em todos os trechos de entrevista apresentados e analisados neste trabalho, pode-se notar a presença de uma ação discursiva de natureza epistemológica. De que tipo de ação se trata? Especificamente sobre os relatos factuais, Potter (1998) afirma que eles têm uma orientação dupla. De um lado, realizam a ação de construir um objeto de determinada maneira (“o Partido dos Trabalhadores é uma entidade maligna que pretende implantar uma ditadura comunista no Brasil” é exemplo de uma ação desse tipo). De outro lado, apresentam o objeto construído (ou o

que se diz dele) como um fato. Esse último tipo de ação seria de caráter epistemológico, porquanto se volta para a validade do que se afirma sobre o mundo.

A ação presente nos relatos abaixo é de natureza epistemológica - porque nos diz algo sobre o grau de veracidade daquilo que os relatos afirmam sobre o mundo -, mas não são organizados para parecer factuais. Neles, diferentes recursos são usados para apresentar aquilo que afirmam como algo questionável, para apresentar o que afirmam não como uma mentira ou falsidade, evidentemente, mas como uma afirmação que pode ser revista, hipotética. O tom dubitativo adotado demonstra que, a depender do contexto, as pessoas avaliam ser desejável apresentar o que afirmam como uma descrição sobre o mundo sujeita à revisão, e não como um fato, uma descrição inquestionável. No caso específico dos trechos analisados a seguir, hipotetizamos que os participantes, talvez interpretando as questões dos entrevistadores como um teste de conhecimento, podem ter adotado um tom dubitativo, de quem não conhece bem o assunto, como uma estratégia para assegurar que seus supostos erros sejam avaliados de maneira benevolente.

Uma distinção destacada por Puchta e Potter (2004) dá um pouco mais de clareza a essa hipótese. Esses autores distinguem questões reais de questões de exame. Nas primeiras, aquele que questiona quer saber a resposta porque não a conhece; na última, ele conhece a resposta e está checando se a pessoa interrogada também a conhece. Falando especificamente sobre os grupos focais, os autores alertam que, quando os participantes de tais grupos interpretam os questionamentos do moderador como questões de exame (questões que testam seus conhecimentos sobre o assunto em questão e para as quais há respostas certas e erradas), tendem a ficar preocupados com a adequação de suas respostas e a prefaciá-las com expressões como “eu não estou convicto, mas...”, “isso me parece”.

Em nossa pesquisa, evidenciou-se uma preocupação dos entrevistadores em assegurar que estavam interessados na opinião dos sujeitos, que não havia respostas certas e erradas, mas os participantes, assim mesmo, demonstraram uma excessiva preocupação com a adequação de suas respostas (preocupação notada nos detalhes das suas descrições). Em alguns casos, logo após o questionamento do entrevistador, o participante afir-

mava nada conhecer sobre o que lhe foi perguntado, numa clara tentativa de abortar o questionamento, para, logo a seguir, depois de alguma insistência do entrevistador, falar com alguma propriedade sobre o assunto. Certamente, o tema e o fato de os entrevistadores serem universitários e parte dos entrevistados ser composta de pessoas com baixa escolaridade podem ter contribuído para o fenômeno discursivo em questão. É evidente que o fato de falarem com alguma propriedade sobre o assunto não é incompatível com a dúvida, e a preocupação com a adequação de suas respostas que notamos nos detalhes dessas mesmas respostas mostra isso claramente. A dúvida, nesse caso, pode ter alguma relação com uma possível opacidade desses serviços para a população. Autores como Goulart e Durães (2010) e Pitta (2011) alertam que são inegáveis o avanço e a concretização da Reforma Psiquiátrica no País. Esses autores, no entanto, sinalizam tanto os avanços quanto os desafios que ainda se impõem para concretizar tal proposta. As dúvidas da população podem estar falando desses desafios.

Dentre as categorias surgidas com a análise das descrições de hospitais psiquiátricos e serviços substitutivos, focalizaremos, neste texto, as seguintes: a estrutura física, os profissionais e a natureza do tratamento; a natureza do “problema”; a humanização, a singularização e a liberdade.

A estrutura física, os profissionais e a natureza do tratamento

Diversos relatos distinguem o hospital psiquiátrico dos serviços substitutivos e ressaltam diferenças em termos de estrutura física, quantidade de profissionais, seu horário de trabalho, resultando em diferenças no próprio tratamento. Alguns desses relatos avaliam sutilmente os hospitais como instituições melhores para os usuários e suas famílias do que os serviços substitutivos; alguns, também sutilmente, parecem dizer o contrário, e outros são ambíguos, ou mesmo indefinidos no que diz respeito à avaliação que fazem dessas instituições. Vejamos alguns desses relatos.

Entrevistador: *E, em sua opinião, há alguma diferença entre o hospital psiquiátrico e a residência... o CAPS?*

Participante: *Eu acho que tem, né?*

Entrevistador: *A senhora acha que tem, e qual seria essa diferença?*

Participante: *Ah, porque assim no hospital é médico, é enfermeiro, o tempo todo, né? E aqui não, aqui só passa pelo médico quando está precisando.*

Entrevistador: *Aqui só é quando tá precisando?*

Participante: *É, precisando... só vai pra médico quando... Se não tiver precisando também.*

Entrevistador: *Hunrrum... e no hospital como seria?*

Participante: *No hospital não, porque no hospital o médico num tá de plantão o tempo todo? Enfermeira de plantão o tempo todo? (Poliana, 43 anos, mora há cinco anos no bairro, nas proximidades da Residência Terapêutica masculina de Boqueirão).*

Entrevistador: *Você saberia dizer se existe alguma diferença entre o hospital psiquiátrico, a residência e o CAPS?*

Participante: *Eu não sei, por que assim, eu nunca fui em um hospital psiquiátrico e nunca fui ali no CAPS. Eu sei assim, por alto, como funciona, não tenho uma assim... com... pra... assim... especificar os dois eu não sei. Num sei se as mesmas... acredito que não, porque um hospital... um hospital é bem... tem bem mais assim, médico, eu acho. Tudo... é tudo... uma estrutura totalmente diferente. É por que ali, assim... ali... é... eu acho assim, é como se fosse uma casa de apoio por conta do tamanho da cidade, da quantidade de pessoas precisando desses cuidados é diferente de um hospital. Por que um hospital, acho... abrange uma coisa bem maior, cabem bem muito... assim, mais vagas. Num sei ali quantas vagas é... se tem as vagas, se tem a quantidade de pessoas pra tá lá. Acho que tem porque é pequeno, a estrutura não é grande, eu acho que seja... é mais um apoio por conta que não tinha de jeito nenhum. Mais.*

Entrevistador: *Um apoio.*

Participante: *É porque um hospital... um hospital é uma estrutura bem maior, tem que ser, né? uma estrutura bem maior, tem que ter bem mais outras coisas. E aí eu acho que seja assim, um apoio. Em relação como não tinha nada, foi uma grande vantagem.*

Entrevistador: *Uma grande vantagem.*

Participante: *É. Antigamente muitas pessoas que... muitas pessoas que tinha familiares com esse problemas aí tinha que levar pra o João Ribeiro [hospital psiquiátrico que foi desativado no município de Campina Grande], né? Em Campina. E muitos ficavam internados, era aquela coisa bem...*

Ficava distante a família visitar. E aqui não. Se bem que as pessoas que tá lá eu não sei te dizer se tem família, se foi a família que procurou pra internar, se foi as pessoas de lá que teve esse cuidado de pegar e levar pra lá, entendeu? E tá tendo esse apoio, eu não sei. (Geane, 23 anos, mora há dois anos no bairro, nas proximidades da Residência Terapêutica masculina de Boqueirão)

Entrevistador: *Existe alguma diferença entre a residência e o hospital psiquiátrico?* Participante: *Eu não conheço nenhum dos dois, mas eu imagino que sim. Porque o hospital já vai ser mais profissional na área pra cuidado e numa residência tem menos profissional.*

Entrevistador: *Menos profissional.*

Participante: *É eu imagino que tenha. Eu num tenho conhecimento, mas eu imagino que tenha, né?*

Entrevistador: *E assim, o senhor imagina que seja como o tratamento no hospital?*

Participante: *No hospital? Vai ter mais profissional daquela área, vai cuidar melhor do paciente, vai dar mais dedicação se a pessoa tiver amor ao trabalho vai dar mais um [ininteligível] pessoa cuidar, medicar, porque lá é uma dedicação maior.*

Entrevistador: *No hospital...*

Participante: *No hospital que em uma residência.*

Entrevistador: *Na residência o senhor acha que é pouca...*

Participante: *Eu acho que tem menos profissional, é... aquilo ali um profissional pra cuidar de uns seis ou menos ou mais paciente, num cuida como deveria ser.*

Entrevistador: *Na residência não cuida como deveria.*

Participante: *É, eu imagino que sim* (Gerlúcio, 41 anos, mora há 13 anos no bairro, nas proximidades da Residência Terapêutica masculina de Sousa).

Entrevistador: *Existe alguma diferença entre CAPS e hospital psiquiátrico?*

Participante: [Silêncio] *Eu acredito que sim. O hospital eu acho que é uma coisa mais assim pra um tratamento mais, já mais avançado, né? O hospital é assim praticamente o tratamento final da situação talvez. O CAPS é pra um tratamento [ininteligível] tipo primeiros socorros, depois haja assim uma*

necessidade realmente maior seja necessário levar para um hospital para assim descobrir o problema que ele tem, ou pra fazer uma cirurgia por ai.

Entrevistador: *No hospital ou no CAPS?*

Participante: *Não, no hospital.*

Entrevistador: *No hospital. E no CAPS?*

Participante: *No CAPS é um tratamento de... mais... de talvez de um diálogo, de carinho com o paciente e também com certeza o paciente do CAPS recebe também o tratamento médico. Eu acho que eles não estão ali sendo apenas vigiados pelos profissionais, eles estão também sendo cuidado, recebendo o medicamento que deve tomar todo dia. É porque normalmente tem um tipo de medicamento que eles tomam diariamente, né verdade? Controlado.* (Marco, 51 anos, mora há 20 anos no bairro, nas proximidades do CAPSi de Sousa)

Entrevistador: *Você acha que existe alguma diferença entre a residência terapêutica e os hospitais psiquiátricos?*

Participante: *Eu num, eu num tenho essa informação pra você.*

Entrevistador: *Mas você imagina se existe ou não diferença?*

Participante: *Provavelmente o hospital psiquiátrico seja pra tratar com medicamento pesado e especial e a residência terapêutica seja pra... é... orientar as famílias...é... sobre o problema que tem o paciente, eu acredito que seja alguma coisa desse tipo.*

Entrevistador: *Os hospitais é com o medicamento pesado.*

Participante: *Com o medicamento pesado, enquanto que a residência terapêutica nem tanto, é mais pra dar uma orientação.*

Entrevistador: *Orientar... Como é essa orientação?*

Participante: *Orientação? É... deixa eu pensar aqui... não, não poder dar... gerencia medicação, o paciente não pode ficar amarrado, coisas desse tipo. Que... fere os princípios éticos da sociedade. Pra orientar os familiares e os doentes.*

Entrevistador: *Hum.*

Participante: *Pra que nem o paciente a... agrida os familiares, e nem os familiares prejudique a vida do paciente, alguma coisa desse jeito* (Victor,

27 anos, mora há nove meses no bairro, nas proximidades da Residência Terapêutica feminina de Sousa).

Para Poliana, a diferença entre o hospital psiquiátrico e a residência terapêutica a ser destacada é a presença contínua dos médicos e dos enfermeiros no interior do hospital. Afirma, em seguida, que, nas residências, o morador só “passa” pelo médico quando precisa (o que pode ser lido como uma crítica, como uma afirmação de que os médicos, nas residências, só aparecem quando os pacientes estão surtados), mas depois recua, afirmando que os moradores também vão para o médico quando não estão precisando. É um relato que apresenta seu autor como alguém que não hierarquiza as duas instituições, que não diz se a residência é preferível ao hospital ou se ele é preferível à residência. Não há, aí, qualquer afirmação de uma diferença essencial, substantiva. Não obstante as diferenças mencionadas, hospitais e residências emergem em seu relato como estruturas essencialmente iguais, como se a Reforma Psiquiátrica e seus serviços não representassem nada de novo.

Geane inicia sua descrição posicionando-se como alguém cujo julgamento não é confiável; afinal, ela nunca foi a um hospital psiquiátrico e a um CAPS. Tudo o que sabe sobre essas instituições é “por alto”. Trata-se de uma descrição em que se usa, recorrentemente, a primeira pessoa do singular e verbos que remetem à crença, a um sujeito que fala de determinada perspectiva (“acredito que...”, “eu acho”, “acho”). Esse modo de organizar o discurso obviamente não é o mais apropriado para construir uma afirmação como um fato. Diferentemente daquilo que Potter (1998) denomina de discurso empirista, ele não apaga o sujeito que faz a afirmação, nem apresenta aquilo que é dito como se fosse dito pelo próprio mundo. Resumindo, o relato de Geane avalia os dois serviços, mas não se empenha de maneira incisiva na afirmação da veracidade daquilo que diz. A própria avaliação não é muito clara, pois, em alguns momentos, parece concluir que o hospital é preferível à residência (tem mais vagas, mais médicos, é maior); em outros, parece dizer o contrário, quando, por exemplo, destaca que as residências ficam mais próximas das famílias, que antes elas tinham que se deslocar até o hospital psiquiátrico de Campina Grande, pois lá as pessoas que precisavam “desses cuidados” ficavam internadas longe da família. Como na descrição apresentada por Poliana,

aqui os hospitais psiquiátricos e os serviços substitutivos emergem como entidades sem qualquer diferença essencial.

Gerlúcio também usa vários recursos para apresentar aquilo que chama de produto de uma perspectiva subjetiva e limitada sobre o mundo, e não como um fato, uma afirmação sobre o mundo caracterizada pela pura objetividade (“*eu não conheço nenhum dos dois, mas eu imagino que sim*”; “*eu num tenho conhecimento, mas eu imagino que tenha, né?*”). Em seu relato, a diferença entre hospital psiquiátrico e residência estaria na quantidade de profissionais existentes. O hospital teria mais profissionais, e isso resultaria em mais dedicação deles e em pacientes mais bem cuidados. Em sua avaliação, diferentemente das duas anteriores, o hospital é apresentado claramente como uma instituição que oferece um atendimento melhor do que o oferecido pela residência, embora, como já dissemos, essa descrição que hierarquiza as duas instituições (uma é melhor do que a outra) não seja organizada para parecer um fato. Como nas falas anteriores, os hospitais psiquiátricos e as residências terapêuticas não são apresentados como instituições que se diferenciam substancialmente, porquanto as residências são simplesmente pequenos hospitais menos eficazes em relação ao cuidado com os usuários (“*na residência não cuida como deveria*”), e os valores, os princípios e os objetivos que, supostamente, norteariam essas instituições não são mencionados em nenhum momento.

Amorim e Dimenstein (2009) sugerem que os serviços substitutivos estão reproduzindo a lógica manicomial fora dos muros do manicômio. Santos-Filho e Barros (2007 citado por Severo & Dimenstein, 2011) afirmam que inúmeros problemas têm dificultado a implementação efetiva, nos serviços, dos princípios defendidos pelo SUS. Tais afirmações talvez não possam ser generalizadas para todos os CAPS e residências terapêuticas existentes no País e, talvez, não façam justiça ao trabalho desenvolvido nos CAPS e nas residências terapêuticas próximos às residências dos participantes desse trabalho. Entretanto, nos três relatos discutidos, os serviços (as residências, mais especificamente) são retratados como pequenos hospitais, o que pode ser um indício de que essas instituições, na melhor das hipóteses, são opacas, ou mesmo invisíveis, para os cidadãos habitantes em suas proximidades.

As descrições construídas por Marco e Victor apresentam uma pequena diferença em relação às anteriores. Como as anteriores, suas des-

crições não são construídas como fatos, são descrições que evitam obsessivamente o tom de certeza (“eu acredito que sim”; “no CAPS é um tratamento de... mais... de talvez de um diálogo”; “provavelmente o hospital psiquiátrico seja pra tratar com medicamento pesado”). Mas, diferentemente das anteriores, destacam ainda que, de maneira muito discreta, características que os militantes em prol da reforma psiquiátrica apontam como as que, pelo menos em tese, diferenciam os serviços e os hospitais psiquiátricos. Ao afirmar que, no CAPS, “eles não estão sendo apenas vigiados pelos profissionais, eles estão também sendo cuidados, recebendo o medicamento que deve tomar todo dia”, Marco deixa subentendido - já que compara as duas instituições - que o hospital só vigia, não cuida. Assim, produz, sem citar diretamente o hospital, a imagem de um lugar onde não há de fato tratamento, mas só vigilância, controle e maus-tratos, uma imagem que nos acostumamos a ver associada aos hospitais psiquiátricos que foram fechados no processo de desinstitucionalização. No entanto, de maneira contraditória, em outros momentos de sua fala, o hospital deixa de ser a instituição que só vigia e passa a ser o lugar que oferece um tratamento mais “avançado”.

No mesmo sentido, ao afirmar que, na residência, o “paciente não pode ficar amarrado”, deixando subentendido que isso seria permitido nos hospitais, Victor faz alusão tácita a uma imagem do hospital psiquiátrico que nos acostumamos a ver em narrativas midiáticas e acadêmicas, isto é, como um local de repressão, violência e tortura.

A natureza do “problema”

Em vários outros relatos, o que diferencia o CAPS e as Residências Terapêuticas do hospital psiquiátrico é a natureza do “problema”. Em geral, esses relatos definem os hospitais como instituições que atendem a pessoas com “problemas” mais graves, os “loucos” ou os “doidos”, nas palavras de alguns, e definem os serviços substitutivos, os CAPS, especificamente, como locais que atendem a pessoas com problemas menos graves. Analisaremos, a seguir, quatro relatos que exemplificam esse modo de definir. No entanto, há que se destacar a presença de dois relatos (que não analisaremos aqui) que, diferentemente da maioria, definiram os hospitais como locais que atendem a casos mais brandos, e os CAPS como locais que atendem a casos mais graves.

Entrevistador: *E assim... sabe a diferença do hospital psiquiátrico para o CAPS?*

Participante: *Não. Porque diz que o CAPS não é só pra quem tem problema assim, né? Ajuda, você quer conversar com o psicólogo tem lá. Ai... eu não sei a diferença, não.*

Entrevistador: *Não sabe a diferença.*

Participante: *Eu acho que assim. Assim... um hospital, desse negócio ai que eu não sei. [risos]*

Entrevistador: *Hospital psiquiátrico.*

Participante: *É... Mais pra quem o problema já é mais avançado, num é isso?*

Entrevistador: *O problema mais avançado.*

Participante: *E o CAPS não, o CAPS é pra acompanhar qualquer um que seja precisando.*

Entrevistador: *Não necessariamente quem tá.*

Participante: *É... Porque às vezes a gente tá com problema de casa, vai conversar com a psicóloga, é uma grande... assim... ajuda, porque você vai conversar com uma pessoa que... sabe que não vai contar aquele problema pra outras pessoas, né?*

Entrevistador: *Aí vai pra o CAPS [pausa] E o que mais?*

Participante: *Só. (Gabriela, 24 anos, mora há seis anos no bairro, nas proximidades da Residência Terapêutica mista de Queimadas).*

Entrevistador: *E a senhora sabe qual a diferença, se existe diferença entre o CAPS e os hospitais psiquiátricos?*

Participante: *Eu acho que existe, né? Porque uns passam o dia, mas uns frequentam e vai embora, né?... E no hospital eles ficam sempre lá, né? Internados. Eu acho que tem diferença, né?*

Entrevistador: *Hospitais... nos hospitais eles ficam internados.*

Participante: *É as pessoas que tem muita dificuldade, né? Que tem problemas, assim quase como loucura, né? Loucura que o povo chama.*

Entrevistador: *Loucura.*

Participante: *Eu acho que é assim, eles ficam internados, mas eu acho que aí num fica ninguém internado, não.*

Entrevistador: *Aí não*

Participante: *Não. (Emília, 63 anos, há 14 anos mora no bairro, nas proximidades do CAPS I de Sapé).*

Entrevistador: *Existe alguma diferença entre o CAPS e o hospital psiquiátrico?*

Participante: *Acho que tem, porque acho que o hospital já é quando você tá numa fase mais avançada, né? Você vai pra lá, acho que quando eles não consegue aqui, então manda pra o hospital, que o tratamento lá vai ser mais reforçado, vai ser vigiado também, acho que um estágio realmente mais avançado, precisa de remédio [ininteligível] surto. (Flora, 21 anos, há 12 anos mora no bairro, nas proximidades do CAPSi de Piancó)*

Entrevistador: *Existe alguma diferença entre o CAPS e o hospital psiquiátrico, esses hospitais que o senhor falou?*

Participante: *Eu creio que existe.*

Entrevistador: *Como é?*

Participante: *Eu digo que existe sim, até porque os CAPS eles num são para aqueles que tem um problema mental mais avançado, né? Os CAPS, eles estão ali para aqueles que tão passando por alguma dificuldade mental e ali... o CAPS daria uma orientação, eles tem mais uma vigilância assim, já tem aqueles outros que eles já tem um problema mais sério, o hospital tem uma assistência maior.*

Entrevistador: *Então no hospital tem uma assistência maior.*

Participante: *Eu creio que sim, né?*

Entrevistador: *Como é a assistência maior?*

Participante: *Assim de médico em caso de ficar interno, né? Eu creio assim. Até porque eu nunca entrei num hospital psiquiátrico, se disser que entrei eu tô mentindo, eu já deixei na porta, já fui até a recepção, mas pra dentro do hospital eu nunca. Eu num sei como é que funciona um hospital psiquiátrico.*

Entrevistador: *Mas assim você imagina.*

Participante: *Rapaz, o que eu imagino assim é que “vareia”, “vareia” você ver você entra num hospital aqui você ver um atendimento muito bom, mas às vezes quando é amanhã, daqui um mês aquele atendimento num tá bom. Eu creio que os psiquiátricos são, deve ser igual, alguns fazem a coisa correta e outros num faz, né?*

Entrevistador: *Hunrum.*

Participante: *Até porque eu já vi em reportagem de hospital psiquiátrico que num é um hospital, é um... eles estão ali guardados somente. Mas que o atendimento que era pra ter num tem, isso eu já vi em reportagem de televisão mostrando. Mas eu não sei a realidade lá dentro, eu creio que seja, eu tenho pra mim que num seja uma coisa boa não.*

Entrevistador: *O hospital?*

Participante: *Alguns, né?... não tô falando todos, eu creio que num... quem é os internos que vivem lá dentro? Até porque ninguém ver, né? Até a própria família mesmo deixa lá o interno lá e fica lá só, que num fica acompanhado, né? Até você encontrar [ininteligível] você num sabe o que ele tá passando, se tá sendo bem atendido ou num tá. Num é só aqui é no geral que eu tô falando, tá entendendo?(Henrique, 45 anos, trabalha há 15 anos próximo ao CAPSi de Sousa)*

Gabriela, como a maior parte dos participantes analisados no tópico anterior, usa vários recursos para construir sua descrição como uma perspectiva limitada sobre aquilo que descreve. A primeira expressão que emite depois da pergunta do entrevistador é um “não” (que, no contexto, equivale à expressão “*não sei a diferença*”). Logo em seguida, distingue as duas instituições, mas, no final de um conjunto de frases em que realiza a distinção, volta a se apresentar como alguém que não confia naquilo que está afirmando: “*Aí... eu não sei a diferença, não*”. Em sua descrição, o CAPS e o hospital psiquiátrico se diferenciam, porque o primeiro “*não é só pra quem tem problemas assim*”, mas “*pra acompanhar qualquer pessoa que teja precisando*”. Já o hospital é usado exclusivamente por pessoas com “*problema mais avançado*”. Desse modo, a sua descrição separa os usuários em dois grupos: um de pessoas com um “*problema mais avançado*”, e outro de pessoas com um “*problema*” mais leve, banal, um “*problema de casa*”. Claramente, o termo “*problema mais avançado*” é um eufemismo para “*louco*”.

Emília é mais parcimoniosa do que Gabriela no uso de recursos que diminuem o caráter factual de sua descrição. Limita-se a usar a expressão “*eu acho*” algumas vezes. Emília também diferencia o hospital psiquiátrico do CAPS, usando como critério o “*problema*” das pessoas atendidas. Mas ela nomeia o “*problema*” sem o eufemismo usado por Gabriela: o “*problema*” primeiro aparece como dificuldade, depois, como “*loucura*”.

Em sua fala, assim como na de Gabriela, o internamento e o “problema” das pessoas atendidas é o que diferencia os hospitais psiquiátricos do CAPS. Como em outras falas do item anterior, aqui não emerge nenhuma diferença substancial entre as duas instituições nem se diferenciam em termos de valores, princípios e filosofia. A Reforma afetou os hospitais e gerou novas modalidades assistenciais (ver Goulart & Durães, 2010), no entanto, há ainda diferenças marcantes entre a proposta que rege essas instituições e a que rege os serviços substitutivos. Mas é isso mesmo que esses relatos omitem, como se tais diferenças não existissem.

A descrição de Flora é semelhante às duas anteriores, mas há uma característica dos hospitais psiquiátricos em sua descrição que não aparece nas duas anteriores: a vigilância. A vigilância, o controle e a repressão são características próprias do modo de funcionamento dos hospitais psiquiátricos no Ocidente (ver Amarante, 1995). Em sua descrição, porém, não há a mínima avaliação negativa dessa característica, apenas uma constatação.

A descrição de Henrique reitera várias características das duas instituições (hospitais psiquiátricos e CAPS) presentes nas três anteriores. Nela, os hospitais psiquiátricos são, ao contrário do CAPS, para pessoas que “têm um problema mental mais avançado”. Assim como as anteriores, também se apresenta como um relato subjetivo, contestável, passível de revisões e, para isso, usa uma grande diversidade de recursos: “eu creio...”; “eu imagino...” “eu nunca entrei num hospital psiquiátrico, se eu disser que entrei, eu tô mentando”, dentre outros. Mas há duas diferenças entre sua descrição e as três anteriores que merecem ser destacadas. Ao contrário de Flora, afirma que, no CAPS, há uma vigilância maior do que nos hospitais, mas, no contexto discursivo em que se apresenta (“o CAPS daria uma orientação, eles tem mais uma vigilância assim”), o termo vigilância está muito mais próximo de cuidado, ao contrário do termo assistência usado para se referir ao internamento próprio dos hospitais. Além disso, menciona os hospitais psiquiátricos (“alguns deles, não todos”, reitera isso várias vezes para que não haja dúvidas), em que os pacientes “estão ali guardados somente”, sem atendimento, e esses casos ele já viu em “reportagem de televisão”. E, apesar de continuar usando um tom dubitativo, afirma que a realidade de “alguns” hospitais não deve ser boa, aproximando o seu discurso, ainda que de maneira superficial, daqueles

que criticam a psiquiatria asilar e a lógica disciplinar que sustenta o confinamento (ver Ghiradi & Lima, 2009 citados por Lima, 2012).

Humanização, singularização e liberdade

Um pequeno grupo de participantes da pesquisa usou um repertório para falar das diferenças entre o hospital psiquiátrico e os serviços substitutivos que traduz, de maneira muito clara, o repertório usado por militantes do processo de desinstitucionalização quando comparam os manicômios com esses serviços.

Entrevistador: *E... É... existe alguma diferença entre o CAPS e um hospital psiquiátrico?*

Participante: *Olha, a proposta do CAPS é que tenha... Eu não posso te dizer se há porque eu não vivo lá, mas assim... é... de certa forma, pelo menos o que ele propõe, eu acredito que mil, mil vezes melhor, porque a pessoa num vai pra...é...no caso, **preso** [ênfase] a um sistema, enfim ele vai ter uma liberdade de ser reinserido na sociedade, com um trabalho que... interdisciplinar que **veja a pessoa em si** [ênfase].*

Entrevistador: *Hunrum.*

Participante: *Né? Que leve eles a compreender que eles são portadores de uma determinada doença, e que eles precisam da própria ajuda deles pra se recuperar, coisas que... na... nos hospitais num tem condições, que trata feito bicho. (Sandra, 44 anos, há seis meses mora no bairro, nas proximidades do CAPSi de Sapé).*

Entrevistador: *Hunrum. Existe alguma diferença entre o CAPS e o hospital psiquiátrico?*

Participante: *Aí muito grande, e eu acho no tratamento, na humanização. Por que o CAPS você está ali, ai de repente tem a convivência mais direta com outras pessoas, com a família, vem ver qualquer hora. Você pode ir em casa. E... e... é diferente de um tratamento que você está dentro de um hospital psiquiátrico, por que ali você só está convivendo com problema às vezes piores do que o seu. Às vezes você tem um distúrbio mental, é um problema rápido, de momento e você vai ser tratado em um hospital psiquiátrico e aí? Sai pior, se é um problema pequeno, você sai pior de lá. E o CAPS é diferente.*

Entrevistador: *No CAPS sai como?*

Participante: *Eu acho que sai diferente. Você sai melhor. Por que você tem um tratamento, um ambiente diferente e faz com que a pessoa recupere*

e eu acho que recupera por que tem uma humanização, o tratamento é outro. Não precisa estar preso. Não tem um horário rígido, tem um horário de cumprir, mas não é tão rígido como no hospital psiquiátrico, eu acho. (Nazareno, 42 anos, há 10 anos mora no bairro, nas proximidades do CAPS de Sapé)

Entrevistador: *E... Qual a diferença entre o CAPS e o hospital psiquiátrico? Existe diferença entre?*

Participante: *Eu creio que o CAPS deve tá mais perto da... da... comunidade, né? Até porque o hospital psiquiátrico é uma coi... até porque o ambiente, o ambiente estranho [ênfase].*

Entrevistador: *O quê? O hospital?*

Participante: *O hospital. É muito estranho, né? Num é como aqui não, tá mais perto da comunidade, tá mais perto da família. Eu creio que assim o tratamento é mais, mais, mais humanizado, enquanto que o hospital é aquela, aquele horror de gente, o tratamento não é, não é mais, não é personalizado, né?*

Entrevistador: *Hunrum.*

Participante: *As pessoas são tratadas de maneira geral, e eu creio que cada ser humano precisa ser tratado de maneira diferente, como diria [inteligível] [risos].*

Entrevistador: [risos] *Você já visitou algum hospital, já conheceu um?*

Eu já fui, já fui. Fui uma vez assim, quando eu tava são e fui outra vez quando eu tava doente. E... e eu vi assim que o pessoal num... num trata como ser humano, assim, de uma maneira muito adequada, não. (Ricardo, 43 anos, há três anos mora no bairro, nas proximidades da residência mista de Sapé)

Uma característica das três descrições acima contrasta marcadamente com as analisadas anteriormente neste trabalho. Aqui há uma avaliação claramente favorável aos serviços substitutivos, uma avaliação que afirma, de maneira incontestável, diferenças marcantes entre os dois tipos de instituição: os hospitais psiquiátricos e os serviços substitutivos. Mas nem por isso o tom dubitativo está ausente (“Eu não posso te dizer se há porque eu não vivo”; “eu acho”; “eu creio”). São recorrentes os termos que fazem referência à humanização, à singularização e à liberdade presentes nos serviços substitutivos e ausentes nos hospitais psiquiátricos.

Nesses relatos, o hospital emerge, explícita ou implicitamente, como a instituição que oferece um tratamento desumano, que trata as pessoas “feito bicho”, que não trata o usuário “como ser humano”. No CAPS, diferentemente, o tratamento “vê a pessoa em si”, é “personalizado”. Por fim, o CAPS é um espaço de liberdade, onde o usuário não fica “preso”, não tem que cumprir “horário rígido”, “pode ir em casa”. Os termos usados nessas descrições do CAPS indicam um contato inquestionável desses participantes - ao contrário das descrições já analisadas - com o repertório da Reforma Psiquiátrica. A noção de interdisciplinaridade, na fala de Sandra, ecoa os documentos do SUS que instituíram o CAPS e as discussões teóricas das equipes no interior desses serviços (ver Silva & Oliveira Filho, 2013).

Considerações finais

Ao descrever os serviços substitutivos e os hospitais psiquiátricos e diferenciá-los, a população paraibana, participante desta pesquisa, utiliza-se de recursos operados para minimizar o caráter factual das afirmações e apresentá-las como contestáveis ou apenas prováveis. Alguns discursos se caracterizaram pela ênfase dada às diferenças na infraestrutura física, na quantidade e no horário de trabalho dos profissionais e na natureza do tratamento dessas instituições. Ao apontar tais diferenças, esses discursos desqualificam os serviços substitutivos e qualificam os hospitais psiquiátricos.

Outros discursos ressaltam, para diferenciar essas instituições, a natureza do “problema” das pessoas atendidas por elas. Em geral, nesses discursos, os hospitais atenderiam às pessoas com problemas mais sérios, e os CAPS, às pessoas com problemas mais brandos, banais.

Por fim, outros discursos se aproximam do discurso difundido pela Reforma, ressaltando a humanização e a liberdade como características dos serviços. Apesar da existência desses relatos que se aproximam do discurso da proposta reformista, os discursos aqui analisados alertam para os desafios no caminho da concretização dessa proposta, uma vez que, em geral, não diferenciam os serviços substitutivos dos hospitais psiquiátricos em termos de valores e princípios.

Referências

- Amarante, P. (1995). Uma aventura no manicômio. *História, Ciências, Saúde-Manguinhos*, 2(1), 61-77.
- Amarante, P. (2003). A (clínica) e a Reforma Psiquiátrica. In P. Amarante (Org.), *Archivos de saúde mental e atenção psicossocial* (pp. 45-66). Rio de Janeiro: NAU Editora.
- Amorim, A. K. M. A. & Dimenstein, M. (2009). Desinstitucionalização em saúde mental e práticas de cuidado no contexto do serviço residencial terapêutico. *Ciência & Saúde Coletiva*, 14(1), 195-204.
- Antaki, C. & Widdicombe, S. (2008). Identity as an achievement and as a tool. In C. Antaki & S. Widdicombe (Orgs.), *Identities in talk* (pp. 1-14). London: Sage.
- Billig, M. (1991). *Ideology and opinions*. London: Sage.
- Billig, M. (2008). *Argumentando e pensando: uma abordagem retórica à Psicologia Social*. Petrópolis, RJ: Vozes.
- Cruz Neto, O. (1995). O trabalho de campo como descoberta e criação. In M. C. S. Minayo (Org.), *Pesquisa Social: teoria, método e criatividade* (4ª ed., pp. 51-66). Petrópolis, RJ: Vozes.
- Delacampagne, C. (2004). A contestação antipsiquiátrica. *Mental* 2(2), 27-34.
- Desviat, M. (2008). *A reforma psiquiátrica*. Rio de Janeiro: Fiocruz.
- Dimenstein, M. (2007). Apresentação. *Vivência*, 32, 25-31.
- Edwards, D. (2008). The relevant thing about her: social identity categories in use. In C. Antaki & S. Widdicombe (Orgs.), *Identities in talk* (pp. 15-33), London: Sage.
- Gill, R. (2003). Análise de discurso. In M. W. Bauer & G. Gaskell (Orgs.), *Pesquisa qualitativa com texto, imagem e som: um manual prático* (2ª ed., pp. 244-270). Petrópolis, RJ: Vozes.
- Goulart, M. S. B. & Durães, F. (2010). A reforma e os hospitais psiquiátricos: histórias da desinstitucionalização. *Psicologia & Sociedade*, 22(1), 112-120.
- Lang, A. B. S. G., Campos, M. C. S. S., & Dermatini, Z. B. S. (2001). *História oral e pesquisa sociológica: a experiência do CERU* (29ª ed.). São Paulo: Humanitas.
- Lei n. 10.216, de 06 de abril de 2001. (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. Acesso em 28 de janeiro, 2015, de http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/leis_2001/l10216.htm
- Lima, E. A. (2012). Artes menores: criação de si e de mundos nas ações em saúde mental. In P. Amarante & F. N. Campos (Orgs.), *Saúde mental e arte: práticas saberes e debates* (pp. 39-52). São Paulo: Zagodoni.
- Ministério da Saúde. (2004). *Saúde mental no SUS: os centros de atenção psicossocial*. Brasília, DF: Autor.
- Oliveira, W. V. (2011). A fabricação da loucura: contracultura e antipsiquiatria. *História, Ciências, Saúde – Manguinhos*, 18(1), 141-154.
- Pitta, A. M. F. (2011). Um balanço da reforma psiquiátrica brasileira: instituições, atores e políticas. *Ciência & Saúde Coletiva*, 16(12), 4579-4589.
- Potter, J. (1998). *Representing reality: discourse, rhetoric and social construction*. London: Sage.
- Potter, J. & Wetherell, M. (1987). *Discourse and social psychology: beyond attitudes and behavior*. London: Sage.
- Potter, J., Wetherell, M., Gill, M., & Edwards, D. (1990). Discourse: noun, verb or social practice? *Philosophical Psychology*, 3(2), 205-217.
- Wetherell, M. & Potter, J. (1992). *Mapping the language of racism: discourse and the legitimation of exploitation*. London: Harvester Wheat Sheaf.
- Puchta, C. & Potter, J. (2004). *Focus Group Practice*. London: Sage.
- Severo, A. K. & Dimenstein, M. (2011). Processos de trabalho e gestão na estratégia de atenção psicossocial. *Psicologia & Sociedade*, 23(2), 340-349.
- Rosa, E. Z. (2003). Psicologia na saúde mental: em busca de uma leitura crítica e de uma atuação compromissada. In A. M. B. Bock (Org.), *A perspectiva sócio-histórica na formação em Psicologia* (pp. 192-210). Petrópolis, RJ: Vozes.
- Silva, J. C. B. & Oliveira Filho, P. (2013). Produções discursivas sobre o trabalho em equipe no contexto da reforma psiquiátrica: um estudo com trabalhadores de Centros de Atenção Psicossocial. *Estudos de Psicologia*, 30(4), 609-617.
- Sousa, R. P., Oliveira, F. B., Sousa, T. F., Damasceno, J. S., & Oliveira, T. B. S. (2013). Institucionalização do paradigma psiquiátrico manicomial e de atenção psicossocial. *Psychiatry on line Brasil*, 18(2). Acesso em 10 de junho, 2013, de <http://www.polbr.med.br/ano13/art0213b.php>

Reflexões sobre uma clínica estratificada em saúde mental: o caso da atenção básica

Raquel Valiente Frosi

Charles Dalcanale Tesser

Introdução

Este texto tem como objetivo discutir o escopo de atuação em saúde mental na atenção básica, situando-o na divisão de trabalho entre os diversos tipos de serviços envolvidos no cuidado, e mais especificamente entre os níveis assistenciais. Além de apresentar algumas especificidades da atenção em saúde mental na atenção básica, o que aponta caminhos a serem explorados, toma para análise o fato de que há uma delimitação de determinadas práticas assistenciais e grupos populacionais a alguns serviços e as implicações deste processo na atenção aos usuários.

O debate foi construído associando a base empírica dada pelo estudo de mestrado da primeira autora, sob orientação do segundo autor, intitulado “Práticas assistenciais em saúde mental na atenção primária à saúde: uma análise das experiências desenvolvidas em Florianópolis” a uma análise reflexiva sobre o percurso histórico das reformas sanitária e psiquiátrica e também a considerações quanto aos modos de estruturação das redes de atenção em saúde.

Sobre as múltiplas formas de compreender a composição entre serviços de saúde

O modelo da pirâmide tem influenciado de forma direta as concepções sobre a organização dos serviços de saúde no Brasil (Cecílio, 1997; Mendes, 2011). Assim, tem-se idealizado estruturar um sistema de saúde com uma base larga de serviços de Atenção Primária à Saúde - APS, utilizada como sinônimo de atenção básica, que é a porta de entrada prefe-

rencial do sistema de saúde; uma linha intermediária de serviços secundários ambulatoriais e de apoio diagnóstico; e um vértice composto por serviços de alta complexidade, como hospitais. Em tal forma de pensar, a composição entre os serviços, calcada tanto em pressupostos referentes à adequação das ofertas ao problema de saúde apresentado, quanto na racionalização de recursos, assume-se que há uma crescente complexidade tecnológica que deve ser acionada de forma hierarquizada.

Cabe observar que tal organização nunca chegou a ser implantada efetivamente no Brasil, sendo um dos fatores a destacar, sua incipiente e frágil base de serviços de atenção básica. Apenas na década de 1990 um primeiro esquema organizacional, o Programa Saúde da Família, depois denominado Estratégia de Saúde da Família - ESF (Portaria n. 2488/2011), foi iniciado e, embora tenha mais que triplicado a APS brasileira em cerca de 20 anos, atende apenas a pouco mais da metade da população brasileira. Influenciam sua efetividade aspectos como a baixa tradição de formação de profissionais generalistas e o volume de usuários adscritos atendidos por equipe, bastante elevado em comparação aos países que estruturam sua atenção a partir da APS.

Mesmo assim, muito tem se discutido sobre esse modelo e diversas propostas e variações conceituais têm sido construídas em torno dele. Cecílio (1997), por exemplo, considerando a dinâmica de acesso real dos usuários ao SUS, que é influenciada pela baixa oferta de serviços e pela valorização da atenção hospitalar e especializada na cultura brasileira, propõe que se passe de uma pirâmide a um círculo. Sendo assim, sugere que sempre se valorize o acesso do usuário, muitas vezes classificado como equivocado por uma ordem racionalista, e que cada nível de atenção tenha a responsabilidade de reorientá-lo de forma resolutiva.

Outros debates giram em torno da noção de complexidade tecnológica dentro dos sistemas de saúde. Merhy (2002) contribui com este debate ao estruturar uma discussão conceitual que observa e compõe o trabalho em saúde (a) tecnologias leves, referentes à relação entre trabalhador e usuário, (b) tecnologias leve-duras, referentes a conhecimentos estruturados e (c) tecnologias duras, referentes a equipamentos, destacando que as primeiras estão sempre presentes e que influenciam de forma direta todo o fazer em saúde. O fortalecimento de serviços descentralizados e regionalizados, e com isso a ampliação da noção de ter-

ritório, que passa a incorporar a dimensão das territorialidades (Gondim & Monken, 2008), também tem contribuído para consolidar o entendimento de que existe uma diferença de complexidade entre os níveis de atenção, que não pode ser compreendida apenas de forma quantitativa, e sim de maneira qualitativa.

Discussões importantes têm sido feitas também quanto às trocas entre os diversos níveis de atenção, que deixam ser feitas apenas por mecanismos de referência e de contrarreferência e incorporam estratégias como o matriciamento, quando se assume o compartilhamento de casos (Campos, 1999; Campos & Domitti, 2007). Esse processo tem afetado, em especial, a relação entre os serviços de atenção primária e secundária, produzindo mudanças em seus processos de trabalho, no sentido de estreita aproximação da retaguarda especializada da atenção básica, embora ainda não tenha impactado na organização do acesso à maior parte das especialidades médicas focais, tais como cardiologia, neurologia, pneumologia. Cabe observar que além do matriciamento há outras formas de melhorar a coordenação entre os níveis assistenciais, como a incorporação de tecnologias de informação, inclusive o prontuário eletrônico, a ampliação da atenção básica e de seu papel de coordenação do cuidado, além da criação de sistemas de regulação e de sistemas de informação (Almeida, Giovanella, Mendonça, & Escorel, 2010).

Nesse sentido, as discussões recentes apontam para um desenho de Redes de Atenção à Saúde, no qual se mantém a divisão dos serviços por níveis assistenciais, diferenciando quanto à sua densidade tecnológica (termo que tem sido empregado para indicar crescente uso de tecnologia dura e que se coloca como alternativa ao uso da denominação de crescente complexidade), e buscando sua integração por meio de linhas de cuidado articuladas. Embora no modelo os pontos de atenção possam ser acessados de acordo com as necessidades dos usuários, a atenção básica mantém-se como entrada prioritária e é também destacada como organizadora da atenção (Mendes, 2011).

O eixo de debate que se quer enfatizar neste texto, e que se relaciona com todas as demais discussões citadas, refere-se à necessidade de aprofundar o entendimento sobre o escopo de atenção dos níveis assistenciais ou tipos de serviços, em especial da atenção básica, no que diz respeito à saúde mental. Muito se tem discutido, por exemplo, sobre os

conceitos de clínica ampliada, em especial no que se refere à valorização da dimensão subjetiva e à integração das necessidades dos sujeitos, e também sobre a necessidade de reposicionar especialistas e garantir acesso a eles, o que tem sido fomentado através dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família. Porém, parece que ainda se toma de forma tangencial uma discussão sobre as tecnologias assistenciais, em especial sobre a ampliação da oferta de tecnologias na atenção básica.

Sobre a composição entre serviços de saúde mental e atenção básica

Nos anos 1970 e 80, foi bastante influente, no campo das políticas públicas de saúde mental do Brasil, o modelo da psiquiatria preventiva estadunidense, que, relacionando atribuições específicas para os distintos níveis de atenção, previa ações de prevenção primária nas comunidades, tais como a detecção precoce de casos de doença mental. Esse processo de identificação incluía a orientação de líderes comunitários para que se chegasse àqueles casos que não procurassem os serviços. Naquele modelo, deixava-se a cargo de serviços ambulatoriais o acompanhamento especializado dos casos, e destinava-se às instituições hospitalares a ação central para atenção às crises, a saber, a internação psiquiátrica (Amarante, 1995; Lancetti 1989).

Em que pese ter havido naquele período alguma ampliação das ofertas extra-hospitalares, a estratégia adotada foi bastante criticada por sua capacidade de retroalimentar a demanda de internações e de não colaborar para a desconstrução dos hospitais psiquiátricos. No ensejo daquele debate, Lancetti (1989), discutindo a inadequação de transpor-se ao campo da saúde mental um modelo estruturado a partir da história natural das doenças, pontua que justamente o que deveria ser prevenido era o asilo enquanto instituição. Cabe observar que as críticas ao modelo vigente naquele período também incluíam referência ao fato de que estava mantido um modelo psiquiátrico, o que acabava por favorecer o aumento da farmacodependência e a psiquiatrização da vida, o que atingiu de forma muito direta também a desconstrução das estruturas ambulatoriais clássicas de atenção secundária em saúde mental (Amarante, 1995; Devera & Costa-Rosa, 2007; Paulin & Turato, 2004).

Em meio a esse cenário, e a partir da influência da reforma psiquiátrica italiana, buscou-se focar, na reforma psiquiátrica brasileira, uma estratégia de atenção que pudesse superar a adoção das internações psiquiátricas e a cronificação produzida por elas. Com isso, os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) foram reforçados como dispositivo fundamental de uma rede de serviços em saúde mental e receberam a incumbência de produzir um modelo diferenciado para a atenção à crise e de trazer a atenção aos usuários graves de saúde mental às aberturas do território e da comunidade. As portarias publicadas pelo Ministério da Saúde no começo dos anos 2000 apresentam a síntese do processo, deixando em suspenso o que seria efetivamente a atenção básica no novo contexto. O debate acentuou-se nos anos que se seguiram, quando foram expandidas discussões sobre matriciamento e clínica ampliada.

Cabe destacar que a atenção básica brasileira atual, estruturada na Política Nacional de Atenção Básica, difere consideravelmente daquela com que se dialogava até os anos 1990, o que certamente tem influenciado a maior aproximação entre os campos da saúde mental e atenção básica. Além de haver considerável ampliação de cobertura, têm-se no campo das concepções e ideários da política pública, e também gradativamente nas práticas realizadas nos serviços, avanços em relação às concepções de atenção primária seletiva, na qual predominava a focalização em populações específicas e em problemas de saúde pública. Assim, ainda que com dificuldades, busca-se superar a tradição de organização assistencial em programas de saúde verticalizados e fragmentados para construir uma atenção centrada em pessoas, que ocorra de forma contínua, que seja resolutiva e que envolva a coordenação da atenção (Andrade, Barreto, & Bezerra, 2006).

Tal processo histórico parece ter tido efeitos também na adoção de estratégias assistenciais de saúde mental em cada um dos serviços, conforme será discutido a partir do material empírico. Antecipa-se que as diferenças podem também ser elucidadas nos textos legais sobre o tema. Na Portaria n. 336/2002, por exemplo, fica explícito que na atenção aos casos severos e persistentes os CAPS devem realizar um conjunto ampliado de intervenções em saúde mental, a saber: modalidades variadas de atendimento individual e grupal, oficinas terapêuticas, visitas domiciliares, atendimento à família e atividades comunitárias. Já para as equipes

das unidades básicas de saúde, que por vezes usam estratégias bastante ampliadas para a abordagem de outras situações em acompanhamento, observa-se um grau menor de especificação e escopo das atribuições no cuidado em saúde mental, conforme consta no texto que estabelece a rede de atenção psicossocial:

(A Unidade Básica de Saúde) tem responsabilidade de desenvolver ações de promoção de saúde mental, prevenção e cuidado dos transtornos mentais, ações de redução de danos e cuidado para pessoas com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, compartilhadas, sempre que necessário, com os demais pontos da rede. (Portaria n. 3088, 2011, p. 59)

Contribuições de um campo de pesquisa na atenção básica para as relações entre níveis assistenciais e suas práticas

Partiu-se, no estudo empírico qualitativo utilizado como base (Frosi, 2013), de uma análise sobre a aproximação entre saúde mental e atenção primária à saúde, na qual se identificou que, apesar da compatibilidade epistemológica entre as reformas sanitária e psiquiátrica, há no campo prático um conjunto de conflitos ou distanciamentos entre esses modelos (Dimenstein et al., 2009; Nunes, Jucá, & Valentim, 2007; Tesser & Teixeira, 2011; Vecchia & Martins, 2009). Na referida investigação assumiu-se as práticas assistenciais como eixo prioritário de análise e adotou-se a conceituação que Mendes-Gonçalves (1992) faz delas como atos de trabalho em que instrumentos e meios são utilizados sobre um objeto e orientados a um fim.

Considerando-se a intensa articulação entre as concepções em saúde e as intervenções apresentadas, o estudo teve como objetivo descrever e analisar as práticas assistenciais em saúde mental utilizadas na atenção primária à saúde na rede municipal de saúde de Florianópolis. Especificamente, propôs-se a identificar práticas assistenciais em andamento, que foram caracterizadas quanto a proponentes, público-alvo e funcionamento, a realizar uma análise de suas articulações e também a situá-las em um escopo teórico-técnico nos campos da atenção primária à saúde e da saúde mental.

Para qualificar o entendimento dos campos paradigmáticos em questão, adotou-se a distinção que Costa-Rosa (2000) faz entre o modo asilar psiquiátrico e o modo de atenção psicossocial, caracterizando também as aproximações do primeiro com a biomedicina (Camargo, 2003). Estes dois modelos diferenciam-se pela forma como se concebe a doença, a saber, respectivamente, como categoria orgânica invariável ou como processo influenciado por fatores políticos e biopsicossocioculturais; por como se entende o tratamento, como supressão de sintomas ou como reposicionamento subjetivo; e pelas terapêuticas, em que são privilegiadas as farmacológicas ou os dispositivos de reintegração sociocultural.

Na investigação adotou-se uma metodologia qualitativa de triangulação das informações, o que permitiu ampliar a qualidade da descrição, explicação e compreensão do foco em estudo (Triviños, 1987). Sendo assim, para contextualização sobre a rede de saúde municipal, após realização da leitura de documentos institucionais realizou-se entrevistas com gestores. Posteriormente, foi realizado sorteio de 10 equipes de ESF, dentre as 114 equipes do município, utilizando como critério sua distribuição em centros de saúde distintos da cidade. Em nove dessas equipes foi realizada entrevista com um profissional médico ou enfermeiro para identificação e caracterização das práticas assistenciais oferecidas. Em seguida procederam-se novas entrevistas e a observação de algumas práticas assistenciais, escolhidas de forma a abarcar a diversidade das práticas. No conjunto das etapas, participaram de forma direta 21 profissionais. A partir das práticas assistenciais, foi realizada, de forma aleatória ou por indicação da equipe, a escolha de usuários. Por fim, realizou-se entrevista com 20 usuários e também a leitura e análise de seus prontuários, o que foi sistematizado através de um fluxograma de síntese, baseado na proposta de montagem de um fluxograma analisador por Merhy (2007). Cabe destacar que, embora se tenha utilizado como modelo a descrição de fluxos proposta pelo autor, a saber, o esquema entrada, recepção, decisão de ofertas, cardápio (modalidades de atenção) e saída, nesta pesquisa não houve debates das sínteses em espaços coletivos junto às equipes, preferindo denominá-lo, neste estudo, como fluxograma de síntese.

Depois de repetidas leituras dos dados coletados, realizadas por tipo de material coletado e pelas práticas assistenciais identificadas, foram estabelecidos eixos de análise que permitiam sintetizar os dados e as

referências estabelecidas no campo conceitual, em especial à luz dos modos de atenção em saúde mental (asilar-psiquiátrico e psicossocial) e dos atributos da atenção primária à saúde, conforme Starfield (2002). Foram estabelecidos eixos de debate referentes a acesso e longitudinalidade, aos modos de intervenção oferecidos, às especificidades de grupos populacionais, à divisão do trabalho nas equipes e à capacidade de singularização e de produção de autonomia.

Os resultados relevantes ao debate que se propõe neste texto serão apresentados adiante em três eixos. O primeiro deles apresenta quem são os usuários da atenção em saúde mental nas equipes pesquisadas e propõe considerar-se que os usuários com demandas de atenção em saúde mental muitas vezes serão atendidos somente nestes serviços e com um conjunto amplo de necessidades, o que justifica uma maior atenção ao escopo assistencial dos mesmos. O segundo tópico aponta o que tem cabido à atenção básica e problematiza um dos resultados principais do estudo: a atenção muito centrada no acesso e manutenção dos casos com intervenções farmacológicas, com tendência à cronificação. O terceiro eixo evidencia o que se identificou como ampliação da clínica em saúde mental na atenção básica e observa as lacunas que seguem em aberto, indicando a necessidade de pensar-se na ampliação de algumas ações na atenção básica ou em serviços complementares a ela.

Resultados e discussão

Antes da apresentação e do debate dos principais achados da pesquisa e sua análise, elegem-se dois fragmentos que sintetizam a história de acompanhamento dos usuários Plácido e Virgílio (nomes fictícios), que serão retomados ao longo deste texto. Suas trajetórias contribuem para a compreensão das intervenções que têm sido realizadas pelas equipes de ESF e também para a reflexão sobre algumas das lacunas assistenciais que foram identificadas no trabalho em rede.

Plácido tem 28 anos e seu nome consta em uma listagem de usuários da equipe de ESF 6. Embora faça uso de antipsicótico atípico, que exige monitoramento clínico, com a enfermagem como corresponsável, estava sem fazer acompanhamento e por isso com os exames estavam atrasados há cerca de quatro meses. O último período de acompanhamento

sistemático que realizou foi no matriciamento de psiquiatria, quando foi introduzido o novo medicamento, processo que ocupa centralidade no registro do período. Antes disso, havia passado por alguns atendimentos ao ingressar na ESF, pois há registro da participação da Agente Comunitária de Saúde para obtenção de informações sobre seu caso. O jovem vive com a mãe, que também recebe atendimento de suporte no centro de saúde. Manifesta dificuldade e desejo de estudar, trabalhar e ir à academia. Não quer ir ao CAPS, onde já foi atendido anteriormente por um curto período de tempo. Além desses acompanhamentos, mantém uso de medicamentos antipsicóticos desde a adolescência.

Virgílio tem 60 anos e há cerca de 15 vinha fazendo tratamentos medicamentosos para ansiedade. Devido a alterações cardiovasculares que culminaram em internação, lhe foi indicado, no hospital, que buscasse um psiquiatra. Porém, no processo de coordenação do cuidado com profissional de medicina da família, foram propostos, de forma associada, acupuntura, atendimento psicológico e fisioterapia. Virgílio respondeu bastante bem aos tratamentos, mas manteve o uso dos benzodiazepínicos. Avalia que suas dores no peito, que o faziam acreditar que ia morrer, reduziram. Embora tenha chegado a passar pelo grupo de apoio para acessar atendimento de psicologia, foi indicado o acompanhamento individual. Refere que a conversa com a psicóloga, com quem fez quatro atendimentos, fez com que perdesse os seus medos. Gostaria de seguir conversando com a profissional, porém, dado não haver possibilidade de estender o acompanhamento, seu médico de referência cogitava encaminhar o paciente a alguma entidade de psicoterapia aberta à comunidade.

Quem são os usuários de saúde mental na atenção básica?

Dentre os casos analisados, foi preponderante a atenção a usuários egressos de intervenções em outros serviços. Para muitos dos usuários participantes do estudo, a atenção básica é o único ponto de referência nos atuais cuidados em saúde mental, sendo esta, inclusive, a situação de alguns dos usuários que tinham quadros graves.

Embora a atenção básica seja, muitas vezes, a porta de entrada para demandas de saúde mental, o que se observou nos casos analisados foi um grande contingente de usuários advindos de outros atendimentos,

muitas vezes privados, em geral com tratamentos farmacológicos, que passaram a ser continuados nas equipes de ESF. Além disso, também chamou atenção o fato de que, dentre as intervenções prévias, foram comuns internações psiquiátricas.

Para a maioria dos casos atendidos, assim como para Virgílio e Plácido, independente do serviço no qual tenha feito os primeiros acolhimentos é a própria atenção básica, por vezes através das equipes de apoio matricial, sua referência para a continuidade dos acompanhamentos. A situação indica que a atenção básica tem um papel que vai além do acesso ao diagnóstico e de cuidados iniciais dos casos de saúde mental, gerando reflexões sobre a oferta de cuidados em saúde mental e sobre seus efeitos. O caso de Virgílio, por exemplo, indica o quanto a manutenção de um cuidado crônico na APS pode produzir pouco efeito sobre sua condição de saúde e ainda, permite a compreensão dos efeitos de um trabalho mais sistemático e ampliado sobre seu sofrimento.

Assim como Plácido, dentre os casos participantes do estudo, foram identificados em acompanhamento na atenção básica outros casos graves que teriam indicação de acesso a serviços especializados, como o CAPS. Dentre os motivos para ali estarem, incluem-se situações referentes ao seu processo de adoecimento/isolamento, como baixa autonomia, pouca capacidade de circular na cidade, e mesmo negativa de acessar estes serviços, como se pode observar no caso de Plácido. Esta situação é também identificada por representante da gestão, que expressa: *“Isso é um relato unânime dos psiquiatras: os casos mais graves que eles atendem são na atenção primária, pela dificuldade, às vezes, da família se organizar e frequentar regularmente um serviço. Tem que pegar ônibus, tem que ir todo o dia, tem que enfim”*. Além disso, este achado corrobora um apontamento feito pela Organização Mundial da Saúde - OMS (2001) de que de, ainda que haja oferta de serviços especializados, estes muitas vezes não são acessados pelos casos mais graves, o que está relacionado também aos estigmas envolvidos.

Se a realidade gera uma demanda bastante especial, cabe observar que mesmo que hipoteticamente fosse alcançada a condição ideal de acesso de todos os casos graves aos serviços especializados, seu atendimento não poderia ser suficiente no que se refere à oferta de intervenções. Este é justamente um dos motivos que indica a realização de um

acompanhamento na atenção básica, que em geral volta-se aos casos mais estabilizados e também aos casos “leves” e “moderados”, que deveriam ser contemplados com um conjunto de abordagens psicossociais. Sendo assim, indica-se a necessidade de tomar a realidade dos usuários como prioridade e de favorecer em qualquer serviço da rede de saúde mental a atenção a estes casos mais graves, remetendo-os, quando possível e necessário, aos serviços especializados. Nesse sentido, há que se destacar que certamente há algumas experiências muito exitosas referentes à atuação das equipes de atenção básica, até mesmo na atenção aos casos graves (Lancetti, 2001), o que indica sua capacidade de efetivarem-se nestes casos.

O que tem cabido à atenção básica no campo das intervenções?

Os resultados do estudo indicam que a rede de atenção primária à saúde local de Florianópolis tem incorporado a atenção à saúde mental, realizando com maior êxito ações voltadas ao acesso e monitoramento dos casos. O acompanhamento, em geral realizado por meio de intervenções farmacológicas, é bastante centrado na ação dos médicos.

Na análise do trabalho realizado identifica-se que existe uma importante preocupação das equipes de ESF com a garantia ao acesso e com monitoramento dos casos de saúde mental. Plácido, por exemplo, foi identificado em uma listagem de casos de saúde mental que, assim como em outras unidades, foi criada com o objetivo de organizar a atenção e de monitorar especificamente este grupo de usuários na população atendida pela ESF. Cabe observar que a referida listagem mostrou-se pouco efetiva, mesmo para garantia de uma proposição mais ativa da equipe na continuidade de realização de seus exames clínicos laboratoriais de controle. Salienta-se que se considera pertinente que as equipes de ESF conheçam os casos com demandas de saúde mental de seu território e que tenham uma postura propositiva na oferta de atenção a eles, quando necessário, porém, observa-se que, de acordo com as concepções que embasam a atenção proposta, a forma de fazê-lo mostra-se diferente. Em algumas das equipes, por exemplo, havia um trabalho vincular, em outras, parecia reproduzir uma visão tradicional da vigilância em saúde na qual se contabilizam casos de doença, o que se mostrou inócuo ou carregado de sentidos referentes ao controle dos casos para mantê-los estáveis.

Observa-se que há uma divisão do trabalho nas equipes e que os agentes comunitários e a equipe de enfermagem são mais envolvidos no processo de acesso e monitoramento dos casos, estruturado tanto a partir do vínculo quanto em algumas ações de vigilância local. Estes mesmos profissionais, por sua vez, têm pouca participação em ações de acompanhamento, o que certamente deve ser revisado, uma vez que a inclusão desses agentes influenciaria também seu funcionamento, ainda muito centrado na intervenção farmacológica.

O destaque para a intervenção medicamentosa chama atenção na análise dos casos, mesmo nos apresentados neste artigo, sendo que além da frequente utilização de medicamentos, há uma tendência à manutenção extensiva destes tratamentos e adoção desta intervenção descolada de outras práticas assistenciais. Uma análise do fenômeno, que corrobora também estudos anteriores sobre a atuação desse nível assistencial (Dimenstein et al., 2009; Onocko-Campos et al., 2012; Pinto et al., 2012), indica que, além de considerar-se todo um contexto de grande consumo de medicamentos, é preciso examinar os referenciais teórico-práticos para utilização de outras intervenções. Observa-se que, em textos de referência importantes para médicos da atenção básica (Duncan, Schmidt, & Giugliani, 2006; Gusso & Lopes, 2012), há pouca ênfase em uma abordagem psicossocial e na centralidade na diáde tratamento farmacológico e/ou psicoterapêutico. Cabe observar que Poli-Neto (2011), considerando a dificuldade de implementação de intervenções psicoterapêuticas no contexto da ESF, aponta que quando da apresentação desta diáde há tendência de adoção da intervenção farmacológica.

Pela história clínica dos usuários participantes do estudo, observa-se que o trabalho desenvolvido pelas equipes de ESF tem um efeito importante no histórico de internações, embora ainda apresente grande distanciamento de alguns eixos fundamentais da atenção psicossocial, como singularização e aumento da autonomia, como se pode perceber observando a atenção recebida por Plácido. Como exceção, pontua-se que em uma das equipes têm sido desenvolvidas abordagens mais sistemáticas de casos graves, oferecendo até mesmo uma oficina terapêutica regionalizada.

Acredita-se que o processo de distanciamento que ocorreu do campo da atenção básica durante a reforma psiquiátrica, que acabou enfo-

cando medidas para enfrentamento da estrutura manicomial (Amarante, 1995), dificultou a apropriação dos profissionais das equipes de atenção básica dos avanços teórico-técnicos no campo da saúde mental. Sendo assim, as aproximações entre saúde mental e atenção básica muitas vezes acabam por resgatar debates ainda muito similares aos do período da psiquiatria preventiva, no qual o enfoque das equipes de centros de saúde envolvia a identificação de casos e seu monitoramento com objetivo principal de evitar agravamentos.

O processo parece ser reforçado também por um desenho organizacional e por uma concepção de atenção básica que, na prática, muitas vezes, ainda predomina um serviço com oferta de ações mínimas e estruturadas por programas de saúde, com maior enfoque em ações de promoção à saúde e prevenção. Observa-se que tal simplificação da atuação desse nível assistencial não estaria atendendo aos princípios da atenção básica, que se volta a um “conjunto de ações de saúde de âmbito individual e coletivo, que abrange a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação, a redução de danos e a manutenção da saúde”, ocupando-se também da coordenação da atenção e do ordenamento das redes (Portaria n. 2488, 2011, p. 48). Sendo assim, reafirma-se a possibilidade de exploração, no nível assistencial, de um escopo de ações que envolvam também o tratamento e a reabilitação no campo da saúde mental.

Chama atenção o fato de que a falta de ênfase a tais intervenções na atenção básica pode estar colaborando de forma direta para uma baixa efetividade das intervenções de saúde mental, acentuando o processo de cronificação dos acompanhamentos e do quadro clínico dos usuários. O que se destaca nos achados da pesquisa é justamente uma naturalização da cronificação, que poderia ser discutida a partir da falha no acesso a outros níveis de atenção, mas que também pode ser considerada como um desafio para as equipes dos centros de saúde, que têm mantida alta a prevalência de prescrição de psicotrópicos.

Tendo em vista o percurso dos casos, cabe destacar que se observa também que os momentos de ingresso ou de agravamento têm sido mais convidativos às novas ofertas, muitas vezes derivando dali um novo tipo de acompanhamento e percurso de tratamento, exatamente como foi o caso de Virgílio. Este processo parece estar relacionado ao fato de

que há um estranhamento da situação, que se apresenta como novidade. Retoma-se a constatação de Tesser e Teixeira (2011) quanto ao fato de que na assistência em saúde mental na atenção básica existe uma valorização da formação do vínculo na lógica do acolhimento, demarcando a cada crise, uma ambulatorização bastante valorizada pelas equipes e estendida e uma autonomia progressiva deixada de lado. Nesse sentido, argumenta-se pela necessidade de superar a cronificação e investir no aumento da autonomia, resgatando-se a ideia de projeto terapêutico, ainda pouco explorada no campo pesquisado, desde o ingresso dos casos. Além disso, coloca-se como questão a necessidade de que as equipes de atenção básica tenham dispositivos para produzir alguns questionamentos e rupturas nas cronificações para além das novas crises.

Sobre a ampliação da clínica na atenção básica

Identificou-se, ao longo desta pesquisa, que as equipes de ESF têm gradativamente ampliado seu conjunto de intervenções, muitas vezes em parceria com os integrantes dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF). As ações, que têm trazido uma crescente qualificação na atenção aos usuários, foram divididas no estudo base em intervenções estruturadas pela palavra, abordagens sociocomunitárias e intervenções através do corpo. Observa-se, porém, que algumas delas deixam de alcançar os efeitos esperados pela falta de uma ancoragem psicossocial ou que são limitadas por um desenho ainda influenciado por modelos estratificados, deixando lacunas no acesso aos usuários.

Dada a *expertise* da atenção básica em lidar com os processos de saúde-doença de forma muito mediada pelo corpo, observou-se que havia maior desenvoltura das equipes de ESF nas práticas assistenciais em saúde mental que incluíam a dimensão corporal. Havia propensão a receber e abordar casos de saúde mental com demandas clínicas concomitantes ou acompanhá-los quando se lançava mão de alguma intervenção pelo corpo, como as práticas integrativas e complementares ou as práticas corporais.

As práticas integrativas e complementares (PIC) se destacaram por incluir de forma articulada as dimensões subjetiva e corporal e por colocarem em questão um protagonismo do usuário. Este achado pode ser

exemplificado na fala de Virgílio, a quem foram oferecidos, de forma articulada, acupuntura, fisioterapia e acompanhamento psicológico: “Disse (profissional de referência) *para eu não deixar de caminhar, fazer as coisas, pescar, porque tudo ajuda. Pior é que ajuda mesmo!*”.

As intervenções por meio do corpo mostraram-se também capazes de romper com a fragmentação do trabalho entre os profissionais das equipes e de incluir casos de gravidades variadas, apontando que esta é uma especificidade a ser explorada nos campos da saúde mental e atenção básica. Destaca-se que a dimensão corporal no cuidado em saúde mental na atenção básica foi valorizada no recém-publicado Caderno de Atenção Básica (Ministério da Saúde, 2013), que apresenta um capítulo especificamente sobre as práticas integrativas e complementares como parte das estratégias de cuidado à pessoa que sofre. Tal publicação também reforça que o cuidado clínico aos casos graves é um aspecto negligenciado e que este deve ser mantido na atenção básica mesmo quando há acompanhamento em serviços especializados, como o CAPS, o que vem a ser fundamental na manutenção de um vínculo dos usuários com essas equipes.

No que se refere às abordagens sociocomunitárias, identificou-se centralmente encaminhamentos para participação em grupos na comunidade e estímulo a atividades prazerosas, cabendo destacar que muitas vezes o que se focaliza é o estímulo à prática de atividade física. Não existe maior intencionalidade na oferta de abordagens familiares, oficinas terapêuticas ou mesmo de ações comunitárias voltadas aos usuários com quadros mais graves de saúde mental, o que seria fundamental para casos como o de Plácido, que não quer participar de nenhuma oficina, mas que tem demandas que poderiam ser abordadas em uma lógica de atenção psicossocial, até então não disponibilizada a ele na atenção básica. Neste ponto, observa-se que há baixa intencionalidade, mesmo na ação das equipes de NASF, o que provavelmente indica também nelas um distanciamento teórico-técnico deste conjunto de intervenções.

Uma análise mais cuidadosa indica que grupos já oferecidos na própria unidade de saúde apresentam-se como potenciais espaços para abordagem dos casos de saúde mental, o que poderia ser ampliado se fossem tomados dentro de uma ótica psicossocial, com a devida mediação das equipes. Em uma das unidades, por exemplo, no decorrer da execução

de um grupo de caminhada houve participação de casos graves de saúde mental mediada por profissional de referência. A ação, porém, foi descontinuada, não pela falta de demanda dos usuários, mas pela fragilidade na construção da intermediação da oferta pela equipe, o que dependeria também de um maior suporte dos profissionais de NASF. Argumenta-se que ações como essa poderiam ser aperfeiçoadas para abordagem de casos graves na atenção básica, potencializando aquilo que é apresentado pelos usuários. Toma-se como direção construir avanços como os identificados por Figueiredo e Onocko-Campos (2009) na ampliação da clínica por meio da implantação do matriciamento da cidade de Campinas, onde uma “modificação do foco da orientação da assistência, que se desloca progressivamente dos serviços e seus cardápios de programas e ofertas, para se dar a partir das necessidades dos sujeitos, das famílias, do território e da rede de relações que nele acontecem” (p. 135).

Por fim, identifica-se que a principal intervenção mediada pela palavra é a realização de grupos de apoio psicológico, coordenados na maioria das vezes pelos psicólogos do NASF, sendo esta também uma de suas principais ações. Nas equipes de ESF há alguns profissionais que mantêm processos de escuta mais sistemáticos dos usuários acompanhados, o que também favorece a adesão a outros espaços mediados pela palavra. Para os profissionais de enfermagem, porém, as ações são sempre tomadas como acolhimento, em uma concepção restrita ao acesso, o que limita seu potencial. Reforça-se a possibilidade de que esses profissionais também incorporem, dentro de planos terapêuticos, alguns acompanhamentos mais sistemáticos dos usuários.

Ainda quanto às intervenções mediadas pela palavra, cabe ressaltar que, embora haja uma compreensão dos limites das psicoterapias individuais como principal elemento na atenção em saúde mental, entende-se ser um problema significativo a grande dificuldade de ofertar espaços de escuta mais sistemáticos aos casos que efetivamente precisam deles. É o caso de Virgílio, a quem, a partir da coordenação do cuidado, foi proposta, como parte do plano terapêutico singular, essa intervenção. Assim, cabe refletir que, mesmo se considerada a maior ênfase nas necessidades dos sujeitos e não nos cardápios de ofertas assistenciais, a falta de acesso a algumas práticas estratégicas produz um gargalo no andamento da atenção justamente por dificultar que se abarquem as necessidades dos sujeitos.

Considerações finais

No campo da saúde mental a relação entre os níveis de atenção tem suas peculiaridades, uma vez que há predomínio de tecnologias leves e leve-duras e a maior densidade tecnológica é dada por um conjunto de estratégias e saberes especializados. Diferentemente de outras áreas, não se tem equipamentos específicos que precisem ser utilizados apenas em um serviço, ainda que possa haver algum componente estrutural de maior ou menor importância, como a existência de leitos ou de espaços físicos para a realização de grupos. É possível buscar-se a superação das crises sem contar com o componente hospitalar e priorizar intervenções em âmbito territorial que, embora não tenham alta densidade tecnológica, atuam com um componente muito específico, de alta potência, que é a complexidade do cotidiano, que inclui as relações vinculares e de apoio entre usuários e profissionais da equipe, entre si e com suas redes autóctones de apoio social.

Tendo em vista o desenho proposto dos sistemas de saúde na forma de redes, coordenadas pela atenção básica, algumas divisões entre os níveis assistenciais seguirão manifestando-se, cabendo-nos compreender sobre quando são desejáveis ou indesejáveis diferenciações. A adoção de uma divisão entre os níveis de atenção que focaliza como papel da atenção básica a identificação e o monitoramento de casos, por exemplo, embora possam ter efeitos sobre as internações, não atendem aos pressupostos gerais que temos na política de saúde mental, a saber, objetivos voltados a uma produção de autonomia e valorização do sujeito no cuidado. Ao invés disso, parece contribuir para medicalização e cronificação dos usuários, em especial se considerado um contexto mais amplo de estruturação da abordagem do sofrimento mental, calcado em modelos biológicos, o que colabora para que seja valorizada, em especial, a oferta terapêutica farmacológica voltada à supressão ou controle de sintomas.

Observa-se que existe uma evidente fragilidade na incorporação do campo conceitual da atenção psicossocial na atenção básica, o que se relaciona ao processo histórico de relação entre estes dois campos. Cabe observar que uma importante matriz de referência para o cuidado na atenção básica é o saber biomédico, e por extensão naturalizada, a psiquiatria, o que torna muitas vezes particularmente difícil, neste campo,

a compreensão e operacionalização da atenção psicossocial. A falta de referências dificulta que haja ampliação do desenvolvimento no nível de atenção de abordagens que sejam efetivas para o enfrentamento do sofrimento apresentado pelos usuários, que na prática ficam indisponíveis para o conjunto de usuários em outros níveis de atenção. Nesse sentido, é preciso que se fomente, no nível assistencial, a construção de referenciais para construir outras terapêuticas que possam complementar, ou mesmo em muitos casos substituir, os tratamentos farmacológicos ali apresentados.

Considera-se necessária e estratégica maior exploração dos pontos de convergência teórico-técnicos no interior da atenção psicossocial. Aponta-se a potencialidade de valorizar e incrementar as características, noções e práticas ampliadoras do cuidado na atenção básica, ainda pouco conhecidas, divulgadas e incorporadas no Brasil, como, por exemplo, as práticas integrativas e complementares; a integração de aspectos psicológicos e corporais no cuidado e na terapêutica; a atenção centrada na pessoa; a exploração e o aprofundamento dos vínculos entre profissionais e usuários, facilitados pela longitudinalidade; a atuação territorial das equipes e, principalmente, dos ACS.

Cabe destacar que a discussão e operacionalização da prevenção quaternária, foco aglutinador das críticas à medicalização da vida e dos fatores de risco dados pelo acesso aos serviços de saúde (Tesser, 2012) é o conceito amplo e autóctone da atenção básica que mais se aproxima e se correlaciona com a desinstitucionalização e a desmedicalização do sofrimento psíquico, da atenção psicossocial. Sua adoção na atenção básica pesquisada tem suscitado intervenções que possibilitam o aumento da autonomia e singularidade, intervenções coletivas e comunitárias e o uso de recursos terapêuticos clínicos que integram as dimensões física e psíquica, o que tem contribuído para a estruturação de ofertas de atenção em saúde mental na atenção básica sobre sua própria lógica. Tal conceito, portanto, pode ajudar a situar, neste novo contexto, as reflexões que fizeram com que Lancetti (1989) apontasse anteriormente que a prevenção que deveria ser feita era ao asilo enquanto instituição.

Observa-se que a ampliação do matriciamento também vem contribuindo para ampliação do escopo de ações na atenção básica, pelo fortalecimento de ações das próprias equipes de ESF e também pela oferta

de algumas ações especializadas como os grupos de apoio psicológico ou atendimentos descentralizados de psiquiatria. Porém, avalia-se que ainda existe uma retenção do papel das equipes de NASF quanto a sua atribuição de retaguarda clínica, que também pode ser relacionada a uma interpretação que se faz acerca do papel da atenção básica, o que também tem efeitos sobre o direcionamento de profissionais a estes serviços. Cabe uma breve reflexão quanto ao fato de que as equipes de NASF, embora muito próximas da atenção primária à saúde, possam ser entendidas como uma atenção secundária deslocada para perto daquelas equipes, o que pode garantir uma intensa comunicação e descentralização de determinados fazeres. Cabe observar que Mendes (2012), em uma análise da organização da APS no Brasil, propõe que haja ampliação do escopo de intervenções realizadas por equipes especializadas aos moldes do que vem sendo desenvolvido pelas equipes de NASF, pontuando, porém, a necessidade de que as equipes fossem ampliadas, por exemplo, para chegar à proporção de 1:3; ao que se acrescenta que os componentes desses NASF devem ser proporcionais ao volume de demanda da atenção básica, diretriz ainda muito tímida no campo da organização dos serviços.

Entende-se que no ideário do atual desenho de rede, quando necessária alguma continuidade do seguimento dos casos, esta ainda parece estar depositada em um nível de atenção de média complexidade, que na prática não está disponível, com exceção dos casos mais graves, que contam com os CAPS, embora muitas vezes não possam, queiram ou consigam acessá-los. Ainda que se acredite que há necessidade de se debater a ampliação dos ambulatórios ou a descentralização de serviços, como os centros de convivência, é colocada ênfase ao debate das intervenções sem ter que discutir necessariamente a criação de serviços. Propõe-se, portanto, pautar o incremento de um conjunto de práticas assistenciais e articulado a isso debater o melhor local para sua execução. Se não formos tão atrelados ao modelo de hierarquização e ou especialização, algumas ações, como as oficinas terapêuticas, podem ser ofertadas em pontos diferentes de uma mesma rede quando o desenho for capaz de lhes dar mais potência, ainda que efetivamente venham a apresentar densidades diferentes.

Identifica-se que há um grande avanço no debate sobre as redes de saúde mental quando se reconhece que usuários elegem serviços de acor-

do com as suas necessidades e que por isso é fundamental que os casos graves sejam atendidos em rede. Embora o CAPS tenha em seu modelo de estruturação um forte elemento territorial, ele nunca será tão descentralizado como os serviços da atenção básica, especialmente a ESF, e a maior ligação com o território segue sendo uma das potencialidades e demandas que os serviços especializados têm a fazer a este ponto de atenção no cuidado em saúde mental. Entretanto, para qualificar tal ação para os casos mais graves no território é preciso, além de manter uma relação mais estreita entre estes dois serviços, reconhecer que existe todo um escopo conceitual e operacional da atenção psicossocial que está (ou deve estar) presente nos serviços especializados que precisa chegar à atenção básica. Salienta-se que, em um primeiro momento, as ações governamentais previam que os CAPS funcionassem como primeira linha de matriciamento em saúde mental, e que posteriormente a estratégia de matriciamento fosse estendida para diversas áreas de saúde, tomando uma característica própria. Sendo assim, muitas vezes, mesmo os profissionais especialistas de NASF e de CAPS têm vivências formativas e de atenção diferentes e, com isso, habilidades diferentes para operar a clínica que acabam por reforçar estratificações. Acredita-se que a realização de ações descentralizadas de CAPS nos territórios em conjunto com as equipes de NASF, por exemplo, tende a ser uma forma de avançar neste sentido, e que poderia ter efeitos sobre o vínculo dos usuários que atualmente não conseguem acessar os CAPS.

Referências

- Almeida, P. F., Giovanella, L., Mendonça, M. H. M., & Escorel, S. (2010). Desafios à coordenação dos cuidados em saúde: estratégias de integração entre níveis assistenciais em grandes centros urbanos. *Cadernos de Saúde Pública*, 26(2), 286-298.
- Amarante, P. (1995). Loucos pela Vida: a trajetória da reforma psiquiátrica no Brasil. Rio de Janeiro: Fiocruz.
- Andrade, L. O. M., Barreto, I. V. H. C., & Bezerra, R. C. (2006). Atenção primária à saúde e estratégia saúde da família. In G.W. S. Campos, M. C. S. Minayo, M. Akerman, M. Drumond, & Y. M. Carvalho (Orgs.), *Tratado de saúde coletiva* (pp. 783-836). São Paulo: Hucitec.
- Camargo, K. R. (2003). *Biomedicina, saber & ciência: uma abordagem crítica*. São Paulo: Hucitec.

- Campos, G. W. S. (1999). Equipes de referência e apoio especializado matricial: uma proposta de reorganização do trabalho em saúde. *Ciência & Saúde Coletiva*, 4, 393-404
- Campos, G. W. S. & Domitti, A. C. (2007). Apoio matricial e equipe de referência: uma metodologia para gestão do trabalho interdisciplinar em saúde. *Cadernos de Saúde Pública*, 23(2), 399-407.
- Cecílio, L. C. O. (1997). Modelos tecno-assistenciais em saúde: da pirâmide ao círculo, uma possibilidade a ser explorada. *Cadernos de Saúde Pública*, 13(3), 469-478.
- Costa-Rosa, A. (2000). O modo psicossocial: um paradigma das práticas substitutivas ao modo asilar. In P. Amarante (Org.), *Ensaio, subjetividade, saúde mental e sociedade* (pp. 141-168). Rio de Janeiro: Fiocruz.
- Devera, D. & Costa-Rosa, A. (2007). Marcos históricos da reforma psiquiátrica brasileira: transformações na legislação, na ideologia e na práxis. *Revista de Psicologia da UNESP*, 6(1), 60-79.
- Dimenstein, M., Severo, A. K., Brito, M., Pimenta, A. L., Medeiros, V., & Bezerra, E. (2009). O apoio matricial em Unidades de Saúde da Família: experimentando inovações em saúde mental. *Saúde e Sociedade*, 18(1), 63-74.
- Duncan, B., Schmidt, M. I., & Giugliani, E. R. J. (2006.) *Medicina Ambulatorial: condutas de atenção primária baseadas em evidências*. Porto Alegre: Artmed.
- Figueiredo, M. D. & Onocko-Campos, R. (2009). Saúde Mental na atenção básica à saúde de Campinas, SP: uma rede ou um emaranhado? *Ciência & Saúde Coletiva*, 14(1), 129-138.
- Frosi, R. V. (2013). Práticas assistenciais em saúde mental na atenção primária à saúde: análise a partir de experiências desenvolvidas em Florianópolis. Dissertação de Mestrado, Programa de Pós-graduação em Saúde Coletiva, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, SC.
- Gondim, G. M. M. & Monken, M. (2008). Territorialização em Saúde. In I. B. Pereira e J. C. F. Lima (Orgs.), *Dicionário da educação profissional em saúde* (pp. 392-398). Rio de Janeiro: EPSJV.
- Gusso, G. & Lopes, J. M. (2012). *Tratado de medicina de família e comunidade: princípios, formação e prática*. Porto Alegre: Artmed.
- Lancetti, A. (1989). Prevenção, preservação e progresso em saúde mental. In A. Lancetti (Org.), *Saúde loucura 1* (pp. 75-89). São Paulo: Hucitec.
- Lancetti, A. (2001). Saúde Mental nas entranhas da metrópole. In A. Lancetti (Org.), *Saúde Loucura 7- Saúde Mental e Saúde da Família* (pp.11-52). São Paulo: Hucitec.
- Merhy, E. E. (2002). *Saúde: a cartografia do trabalho vivo*. São Paulo: Hucitec.
- Merhy, E. E. (2007). Em busca do tempo perdido: a micropolítica do trabalho vivo em saúde. In E. E. Merhy & R. Onocko (Orgs.), *Agir em saúde: um desafio para o público* (pp.113-150). São Paulo: Hucitec.
- Mendes, E. V. (2011). *As redes de atenção à saúde*. Brasília, DF: Organização Pan-Americana da Saúde.
- Mendes, E. V. (2012). O cuidado das condições crônicas na atenção primária à saúde: o imperativo da consolidação da estratégia da saúde da família. Brasília, DF: Organização Pan-Americana da Saúde.
- Mendes-Gonçalves, R. B. (1992). *Práticas de Saúde: processos de trabalho e necessidades*. São Paulo: Cefor.
- Ministério da Saúde. (2013). *Caderno de Atenção Básica 34 - Saúde Mental*. Brasília, DF: Autor.
- Nunes, M., Jucá, V. J., & Valentim, C. P. B. (2007). Ações de saúde mental no Programa Saúde da Família: confluências e dissonâncias das práticas com os princípios das reformas psiquiátrica e sanitária. *Cadernos Saúde Pública*, 23(10), 2375-2384.
- Onocko-Campos, R. T., Campos, G. W. S., Ferrer, A. L., Corrêa, C. R. S., Madureira, P. R., Gama, C. A. P., Dantas, D. V., & Nascimento, R. (2012). Avaliação de estratégias inovadoras na organização da Atenção Primária à Saúde. *Revista de Saúde Pública*, 46(1), 43-50.
- Organização Mundial de Saúde – OMS. (2001). *Saúde Mental: nova concepção, nova esperança*. Geneva: Autor.
- Paulin, L. F. & Turato, E. R. (2004). Antecedentes da reforma psiquiátrica no Brasil: as contradições dos anos 1970. *História, Ciência, Saude-Manguinhos*, 11(2), 241-258.
- Pinto, A. G. A, Jorge, M. S. B., Vasconcelos, M. G. F., Sampaio, J. J. C., Lima, G. P., Bastos, V. C., & Sampaio, H. A. C. (2012) Apoio matricial como dispositivo do cuidado em saúde mental na atenção primária: olhares múltiplos e dispositivos para resolubilidade. *Ciência & Saúde Coletiva*, 17(3), 653-660.
- Poli-Neto, P. (2011). *Encontros no centro de saúde: a medicina de família e comunidade (MFC) e o sofrimento social*. Tese de Doutorado, Programa de Pós-Graduação Interdisciplinar em Ciências Humanas, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, SC.
- Portaria n. 336, de 19 de fevereiro de 2002. (2002). Estabelece CAPS I, CAPS II, CAPS III, CAPS I II e CAPS ad II. Brasília, DF: Ministério da Saúde.
- Portaria n. 154, de 24 de janeiro de 2008. (2008). Cria os Núcleos de Apoio à Saúde da Família – NASF. Brasília, DF: Ministério da Saúde.

- Portaria n. 2.488, de 21 de outubro de 2011. (2011). Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica, para a Estratégia Saúde da Família (ESF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS). Brasília, DF: Ministério da Saúde.
- Portaria n. 3.088, de 23 de dezembro de 2011. (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: Ministério da Saúde.
- Starfield, B. (2002). Atenção Primária, equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia. Brasília, DF: Unesco/ Ministério da Saúde.
- Tesser, C. D. & Teixeira, B. C. (2011). Saúde mental na atenção básica: estratégias de implantação a partir de uma experiência. *Saúde em Debate*, 35(88), 83-95.
- Tesser, C. D. (2012). Prevenção quaternária para a humanização da atenção primária à saúde. *O Mundo da Saúde*, 36, 416-426.
- Triviños, A. N. S. (1992). Introdução à pesquisa em ciências sociais: a pesquisa qualitativa em educação. São Paulo: Atlas.
- Vecchia, M. D. & Martins, S.T. F. (2009). Desinstitucionalização dos cuidados a pessoas com transtornos mentais na atenção básica: aportes para a implementação de ações. *Interface – Comunicação, Saúde, Educação*, 3(28), 151-64.

Atenção básica e cuidado em saúde mental no território: um desafio para a Reforma Psiquiátrica

Elisa Zaneratto Rosa

Introdução

Há alguns anos, a Pontifícia Universidade Católica de São (PUC-SP), especificamente por meio dos cursos de Psicologia, Fonoaudiologia e Serviço Social, vem concentrando uma série de ações, por meio de estágios e projetos de extensão universitária, em parceria com serviços da rede pública de saúde, nas regiões da Freguesia do Ó e Brasilândia, no município de São Paulo. A partir de 2008, essa parceria se institucionalizou por meio de um convênio firmado com a Supervisão Técnica de Saúde da FÓ-Brasilândia para o desenvolvimento do Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde (Pró-Saúde).

O Pró-Saúde é um programa desenvolvido e financiado pelo Governo Federal e tem como objetivo reorientar o processo de formação dos profissionais da saúde, tendo em vista sua qualificação para atuação no Sistema Único de Saúde (SUS), de forma a responder às necessidades de saúde da população. As transformações na formação devem se estruturar em três eixos: orientação teórica, cenários de prática e orientação pedagógica. Ao mesmo tempo, esse Programa objetiva qualificar e ampliar a resolutividade da atenção prestada pela rede pública de serviços de saúde, a partir de projetos construídos e desenvolvidos de forma cooperada entre gestores da rede e instituições de ensino.

Em 2012, a parceria entre a universidade e a Secretaria de Saúde foi repactuada a partir do Pró-PET Saúde, que articula ao conjunto de ações desenvolvidas pelo Pró-Saúde um trabalho de pesquisa e extensão que deve ser realizado por estudantes, professores (tutores) e trabalhadores dos serviços (preceptores) por meio do Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde (PET Saúde). Como desdobramento das ações do

Pró-Saúde, o eixo norteador do Pró-PET Saúde, desenvolvido em parceria pela PUC-SP (cursos de Psicologia, Fonoaudiologia e Serviço Social), e pela Supervisão Técnica de Saúde da FÓ-Brasilândia, ainda em andamento, tomou como prioridade o cuidado em saúde mental, considerando as necessidades de articulação das ações em rede a partir da atenção básica e de demandas e recursos do território. O projeto, a partir de então desenvolvido pelo Pró-PET Saúde com o título “Aprimoramento do cuidado em Saúde Mental (transtornos mentais/álcool e outras drogas) no território da FÓ-Brasilândia: a presença da Atenção Básica”, implica diretamente serviços da atenção básica e da rede especializada de saúde mental na região.

A ênfase no cuidado em saúde mental está relacionada às demandas e características do território e de sua rede de atenção. O território da FÓ-Brasilândia abriga uma população em torno de 410 mil habitantes. A região é marcada pela desigualdade social, sendo que há áreas que concentram altos índices de pobreza, vulnerabilidade e violência. Reproduzindo a caracterização da pobreza e da desigualdade no município de São Paulo, as condições são mais graves quanto mais periférica é a região. Assim, a Brasilândia é um dos bairros do município cujos índices de morte de jovens por homicídio é gritante. É uma região fortemente marcada pela presença do tráfico, com áreas crescentes de ocupações irregulares. Apresenta alto índice de chefes de família sem rendimento e baixo índice relativo ao acesso a água e esgoto. Faz parte das regiões com maior número de pessoas por quarto e menor número de quartos por casa, caracterizando-se como região de moradias precárias. Há na Brasilândia muitas ruas que não são reconhecidas nos dados oficiais, pelo seu tamanho ou por não serem asfaltadas, sendo um dos problemas decorrentes disso a ausência de coleta de lixo, com desdobramentos importantes do ponto de vista da saúde. As opções de lazer e espaços para convivência são geralmente precárias, restringindo-se aos encontros públicos nas ruas e em quadras, além dos bailes *funk* que crescem na região.

Essas condições, contudo, também são muito desiguais na própria Brasilândia. Essa desigualdade se expressa na oferta de serviços públicos e ações do Estado pela garantia de direitos como única oportunidade de acesso para grande parte da população da região. Importante ressaltar, nesse sentido, que a região da FÓ-Brasilândia, principalmente a Brasi-

lândia, é historicamente marcada pela luta da população pela garantia e acesso a direitos, com forte organização política e muitas iniciativas gestadas pela própria comunidade. Dessa luta resulta um conjunto de serviços da rede de educação, saúde e assistência que se constitui com forte participação da população e que, por sua história e tradição, termina por caracterizar, também por parte de gestores e trabalhadores da rede, uma prática participativa. Assim, há uma infinidade de fóruns e coletivos de trabalhadores da rede pública, de saúde e outras, na região, que se reúnem para enfrentar desafios do território, a partir da articulação do trabalho em rede.

Especificamente do ponto de vista da rede especializada de saúde mental, toda a região da FÓ-Brasilândia é coberta por um Centro de Atenção Psicossocial Adulto (CAPS II), um Centro de Atenção Psicossocial Infantil (CAPSi) e um Centro de Atenção Psicossocial Álcool e outras Drogas que funciona 24 horas (CAPS AD III), além de um Centro de Convivência e Cooperativa (CECCO). Importante frisar que algumas Unidades Básicas de Saúde (UBS), assim como aquela a partir da qual desenvolvemos o trabalho aqui apresentado, encontram-se em regiões bastante periféricas da Brasilândia, sendo que a população coberta por seus serviços reside em uma área relativamente distante e com difícil acesso a essa rede de serviços especializados. No caso da UBS em que atuamos, o único serviço de saúde no seu território de abrangência é a própria Unidade. Além desse, existem alguns serviços da assistência - a maioria deles destinados a realizar atividades de cultura e lazer para os adolescentes e jovens da região -, o Centro de Referência de Assistência Social (CRAS), as escolas e iniciativas de geração de trabalho e renda, bem como outros pontos de cultura e lazer da própria comunidade. Contudo, apesar das ações realizadas com vistas à aproximação e articulação da rede pela própria UBS, como ocorre com a Feira de Saúde Sustentável, por exemplo, no decorrer do desenvolvimento do projeto notou-se que cotidianamente as práticas de cuidado são muito frágeis do ponto de vista da articulação com outros serviços e aproveitamento de outros recursos do território, que em sua maioria aparecem como desconhecidos pelos trabalhadores da Unidade.

Esse cenário aponta, de um lado, para um conjunto de condições do território que terminam por gerar intensas demandas de cuidado em saúde mental, dadas as inúmeras e complexas situações envolvendo sofrimen-

to psíquico e uso nocivo de álcool e outras drogas nas famílias atendidas na região. Ao mesmo tempo, puderam-se observar dificuldades na gestão do cuidado pela rede de serviços e seu funcionamento, como especial desafio para as equipes da atenção básica no território, com uma preocupação em relação à elevada e, muitas vezes, restrita presença da medicalização nas respostas operadas em relação ao cuidado em saúde mental.

Importante, nesse momento, pontuar o papel preconizado para a Atenção Básica no cuidado em saúde mental diante das diretrizes do SUS e da Política Nacional de Saúde Mental, conhecida como Reforma Psiquiátrica Brasileira. Acerca desse debate, é reconhecido pelo Ministério da Saúde o papel estratégico da Atenção Básica como porta de entrada do usuário no sistema de saúde. Ao mesmo tempo, seu papel é fundamental na articulação do cuidado e na possibilidade de garantir ações territorializadas essenciais para a perspectiva da Reforma Psiquiátrica, que preconiza a rede substitutiva como capaz de acompanhar e cuidar dos casos graves de saúde mental, priorizando a inserção e participação na vida comunitária:

A Atenção Básica tem como um de seus princípios possibilitar o primeiro acesso das pessoas ao sistema de Saúde, inclusive daquelas que demandam um cuidado em saúde mental. Neste ponto de atenção, as ações são desenvolvidas em um território geograficamente conhecido, possibilitando aos profissionais de Saúde uma proximidade para conhecer a história de vida das pessoas e de seus vínculos com a comunidade/território onde moram, bem como com outros elementos dos seus contextos de vida. Podemos dizer que o cuidado em saúde mental na Atenção Básica é bastante estratégico pela facilidade de acesso das equipes aos usuários e vice-versa. Por estas características, é comum que os profissionais de Saúde se encontrem a todo o momento com pacientes em situação de sofrimento psíquico. No entanto, apesar de sua importância, a realização de práticas em saúde mental na Atenção Básica suscita muitas dúvidas, curiosidades e receios nos profissionais de Saúde. (Ministério da Saúde, 2013)

Não obstante o processo de afirmação do papel estratégico dos CAPS na rede substitutiva pela Reforma Psiquiátrica, hoje há consenso sobre a importância da atenção básica para a efetivação de estratégias comunitárias e a necessidade de investir esforços para qualificar o cuidado em saúde mental nas ações desenvolvidas nesse nível da assistência. Os desafios em relação ao cuidado em saúde mental na atenção básica têm, cada vez

mais, ocupado o centro dos debates em torno dos avanços necessários à Reforma Psiquiátrica brasileira. Assim, muitas das questões enfrentadas no território em que se concentra esse trabalho trazem, guardadas as especificidades resultantes de diferentes trajetórias, desafios comuns aos que estão sendo debatidos de forma geral em torno desse tema. Colocar em análise uma experiência construída em torno da qualificação do cuidado em saúde mental na atenção básica, a partir das ações de uma UBS, parece oferecer elementos importantes para o debate tecido hoje em torno da questão.

Nesse sentido, também nos parece fundamental trazer para o campo acadêmico, no seio de um projeto que pretende redirecionar a formação de profissionais da saúde para avançar o SUS - como o Pró-Saúde - a experiência e o debate em torno desse desafio. Foi com essa perspectiva que elegemos a qualificação do cuidado em saúde mental na atenção básica como um dos eixos de intervenção e análise de um núcleo¹ oferecido para alunos de 5º ano do curso de Psicologia da PUC SP, que trata do campo das políticas públicas e sua relação com a Psicologia. A trajetória desse trabalho se iniciou formalmente em 2012, mas foi precedida por outras experiências de estágio e parceria com essa UBS, todas articuladas no conjunto de ações pactuadas pelo Pró-Saúde no território da FÓ-Brasilândia, ao longo das quais os desafios em relação a essa temática foram se evidenciando como prioritários.

Pretendemos discorrer acerca desse processo de intervenção que se realiza em uma UBS localizada no bairro da Brasilândia, em São Paulo, em interface com os serviços especializados em saúde mental na região. A intervenção realizada concentrou-se, até esse momento, na Estratégia Saúde da Família (ESF), apesar de a Unidade desenvolver também ações programáticas, e tem como finalidade a qualificação do cuidado em saúde mental no território via ações da ESF, da rede de serviços especializados em saúde mental e de demais serviços da rede de saúde e das outras políticas públicas na região.

¹ No 5º ano do curso de Psicologia da PUC SP é oferecido um conjunto de núcleos para os estudantes, que devem cursar, ao longo do último ano de formação, dois deles. Cada núcleo se constitui por 3 (três) programas teóricos e um estágio supervisionado. Os núcleos se definem pelo campo ou pela problemática tratada e pela perspectiva teórica desenvolvida, estando referidos às ênfases curriculares do curso. O núcleo citado responde à ênfase Psicologia e Políticas Públicas e tem como referencial teórico orientador a Psicologia Sociohistórica.

Apresentaremos, inicialmente, os marcos teóricos orientadores no percurso das ações realizadas, para então apresentá-las e desenvolver as reflexões delas decorrentes.

Reforma Psiquiátrica: para além de um novo modelo de atenção em saúde mental

A Reforma Psiquiátrica é um processo complexo, que envolve um redirecionamento em relação às teorias e concepções relativas às situações compreendidas e vividas como limites de sofrimento mental, aquelas caracterizadas por quadros de transtornos mentais graves e persistentes e uso abusivo de álcool e/ou outras drogas. Parte da possibilidade de uma leitura crítica sobre a própria definição de doença mental e seus desdobramentos, colocando em análise as estruturas a partir das quais essa concepção acerca de um determinado modo da experiência humana se consolidou.

Na segunda metade do século XX, localizamos a publicação de obras fundamentais do ponto de vista da sistematização de uma leitura crítica acerca dos caminhos pelos quais, na Modernidade, foi possível a fundação de um referencial epistemológico e científico que permitiu à experiência da loucura, ou do desatino, ser capturada pela referência da patologia. Autores como Robert Castel (1978), David Cooper (1978) – que em 1967 formula o conceito de Antipsiquiatria, apontando para a invenção da Não-Psiquiatria – e a clássica obra de Michel Foucault publicada em 1960 – *A História da Loucura na Idade Clássica* – são alguns marcos fundamentais na construção de uma leitura das condições a partir das quais se fundou o discurso e as práticas médico-sanitárias em relação à loucura.

Ao tratar do surgimento do asilo, ou seja, o hospital psiquiátrico como instituição destinada ao cuidado dos alienados no século XIX, Foucault aponta para o modo como o saber psiquiátrico, reconhecido por seu caráter neutro e científico (e relativo não exclusivamente à psiquiatria, mas a outras ciências “psi” emergentes), foi essencial para operar as sínteses morais necessárias em relação à parcela da população que restaria à administração das instituições psiquiátricas após o período da grande internação. Segundo o autor, a operação praticada por Pinel é relativamente complexa:

Trata-se de operar sínteses morais, assegurar uma continuidade ética entre o mundo da loucura e o da razão, mas praticando uma segregação social que garanta à moral burguesa uma universalidade de fato e que lhe permita impor-se como um direito a todas as formas de alienação. (Foucault, 1960/1997, p. 489)

Castel (1978) auxilia na compreensão das razões pelas quais a loucura representou um desafio à sociedade nascente a partir da queda do Antigo Regime e da institucionalização dos princípios afirmados pela Revolução Francesa. O autor aponta para os mecanismos que explicam um estatuto de doença para a loucura e a operação de práticas e marcos médicos e científicos para a sua administração social: esse estatuto seria fundamental para a passagem da sociedade real para a sociedade contratual. Das sequestrações arbitrárias operadas pelo poder real até o século XVIII, restou resolver o problema dos aparatos jurídicos institucionais necessários para a administração dos loucos: “Sobre a questão da loucura, por intermédio de sua medicalização, inventou-se *um novo estatuto de tutela* essencial para o funcionamento de uma sociedade contratual” (Castel, 1978, p. 34).

Um Estado que deve respeitar a liberdade dos cidadãos e os contratos sociais firmados para garantir a propriedade privada e a livre circulação do mercado realiza repressão política apenas na medida e orientação necessárias para respeitar a estrutura contratual estabelecida, democraticamente, por essa mesma sociedade. Esses são os pilares para a sustentação da sociedade capitalista moderna: homem livre e proprietário, sujeitos iguais em direitos, estabelecimento de acordos e contratos sociais entre os homens, cabendo ao Estado sua garantia.

Cada cidadão é sujeito e soberano, ou seja, é, ao mesmo tempo, assujeitado a cada um de seus deveres cuja não obediência é sancionada pelo aparelho do Estado e, sujeito que participa das atividades regidas pela lei e retira seus direitos dessas práticas, cuja realização define sua liberdade. Assim, um perfeito cidadão jamais encontrará a autoridade do Estado sob a sua forma repressiva. Assumindo seus deveres, ele desenvolve sua própria soberania e reforça a do Estado. (Castel, 1978, p. 35)

Essa seria a condição para o livre desenvolvimento de uma economia de mercado: “intervindo no quadro dos contratos para garanti-los, o

Estado, de fato, garante a propriedade privada e a circulação das riquezas e dos bens, fundamento de uma economia mercantil” (Castel, 1978, p. 35). Contudo, nem todas as pessoas dessa nova sociedade respondem a esse quadro contratual, representando problemas especiais para a nova ordem. Assim, em relação a cada uma delas – o criminoso, a criança, o mendigo, o proletário – desenvolvem-se os mecanismos jurídico-institucionais necessários à sustentação da condição de autonomia, responsabilidade e reciprocidade na vida social. Há, contudo, uma categoria de sujeitos que representa uma problemática especial. A saída para a administração desses sujeitos, respeitados os pilares da sociedade burguesa, é o diagnóstico médico. Não se trata de arbitrariedade nem de ação moral, mas de garantia de cuidados em saúde para aqueles que irrompem a racionalidade e não podem operar a liberdade e o pacto social estabelecido:

A importância crucial da questão da loucura no momento da instauração da sociedade burguesa se deve, inicialmente, ao fato dela ter concretamente revelado uma lacuna da ordem contratual: o formalismo jurídico não pode controlar tudo, existe, pelo menos, uma categoria de indivíduos que deve ser neutralizada por outras vias do que aquelas de que dispõe o aparelho jurídico-policia. Mas essa importância se deve, também, ao fato de que o novo dispositivo instaurado para suprir essas carências vai desenvolver um novo modelo de manipulação, de plasticidade quase infinita. A maior parte dos novos modos de controle, das novas técnicas de sujeição, das novas relações de tutela vai ser afetada por um índice médico (e posteriormente médico-psicológico, médico-psicanalítico, etc.). (Castel, 1978, pp. 51-52)

Cooper (1978/1983) retoma essa mesma discussão para afirmar a psiquiatria como um artifício repressivo fundamental à ordem burguesa. Para o autor, o controle operado pelo saber médico em relação à loucura foi essencial ao novo Estado burguês e se intensificou no século XX a partir do chamado progresso liberal. Trata-se da invalidação de uma experiência humana marcada por razões culturais e a partir da qual se levanta um conjunto de aparatos médico-científicos destinados ao controle dessa experiência. É apenas na medida em que a experiência do sujeito aponta para algum inconformismo em relação às convenções sociais que este passa a ser considerado louco. E é neste momento que, na sociedade burguesa, temos a constituição do aparelho médico como resposta possível. O autor aponta para a necessária não existência da doença mental e, consequen-

temente, da psiquiatria, o que para ele é impossível nos contornos da sociedade capitalista. Contudo, a não existência da doença não significa a não existência da loucura. A loucura seria uma possibilidade latente em todos os seres humanos. Apontaria uma desestruturação das estruturas normais da existência, com possibilidade de uma nova estruturação, menos alienada, o que seria absolutamente impossível nessa sociedade:

É quando o *que-será-doente* começa a dizer “não” à *negação prévia* que é representada pela estrutura de *obediência familiar* (mera mediadora do sistema de obediência-conformismo alienante da sociedade burguesa em geral) que *ele entra no processo psiquiátrico* e recebe o rótulo de esquizofrênico. (Cooper, 1978/1983, p. 154 – grifos no original)

Ao mesmo tempo, é também na segunda metade do século XX que vemos emergir e se consolidar grande parte dos chamados Movimentos de Reforma Psiquiátrica que, sobretudo em países Europeus, como França, Inglaterra e Itália, colocaram em questão as formas de tratamento destinadas à loucura: práticas médicas, centradas no hospital psiquiátrico e destinadas à cura de uma doença. Assim, podemos dizer que esses movimentos de reforma da assistência em saúde mental, fazendo coro com discussões e formulações teóricas como essas apresentadas acima, mais do que apontarem para uma transformação das práticas e das instituições que destinavam cuidados aos chamados doentes mentais, colocaram em questão seu fundamento, problematizando o objeto doença ou o objetivo da cura do sujeito. A partir disso, teceram caminhos de intervenção que puderam redesenhar os contornos dessa experiência humana para além do olhar da patologia, transformando radicalmente as instituições da psiquiatria, os hospitais psiquiátricos, ou, até mesmo, decretando o seu fim como medida necessária.

Dessas experiências de Reforma e das concepções que as organizam, tomamos como referenciais teóricos fundamentais aqueles oriundos da Reforma Psiquiátrica Italiana e desenvolvidos por dois ícones dessa experiência: Franco Basaglia e Franco Rotelli. Da obra de Basaglia destacamos algumas referências fundamentais. Em primeiro lugar, sua definição acerca das instituições da violência, aquelas que “repousam sobre uma nítida divisão de funções, através da divisão do trabalho” (Basaglia, 1968/1985, p. 101), divisão a partir da qual se subdividem funções que justificam as relações de poder, como relações que reproduzem o

poder dos que têm sobre os que não têm. Sua crítica às instituições psiquiátricas e a leitura de que essas instituições, por suas concepções, práticas e modos de relação, estavam a serviço da produção daquilo mesmo que se designa a doença, levaram à sustentação de que era necessário abrir mão do manicômio, do hospital, como condição para abrir mão da loucura, ou da doença. A crítica de Basaglia às diversas interpretações científicas do problema da doença mental, o saber psiquiátrico, as teorias psicodinâmicas ou o pensamento fenomenológico é que todas elas mantiveram a condição do doente como objeto. Assim, para Basaglia, aquilo que observamos na doença expressa os modos de relação que a sociedade estabelece com o doente:

A situação (a possibilidade de uma abordagem terapêutica do doente mental) se revela, assim, intimamente ligada e dependente do sistema, donde toda a relação está rigidamente determinada por leis econômicas. *Ou seja: não é a ideologia médica que estabelece ou induz um ou outro tipo de abordagem, mas antes o sistema sócio-econômico é que determina as modalidades adotadas a níveis diversos.*

Um exame atento revela que a doença, enquanto condição comum, assume significados *concretamente* distintos segundo o nível social do doente.

Isso não quer dizer que a doença não exista, mas sublinha um fato real que deve ser levado em consideração quando se entra em contato com o doente mental dos hospitais psiquiátricos: as consequências da doença variam segundo o tipo de abordagem adotado em relação a ela. Tais “consequências” (refiro-me aqui ao nível de destruição e de institucionalização do paciente internado nos manicômios provinciais) não podem ser consideradas como a evolução direta da doença, mas sim do tipo de relação que o psiquiatra, e através dele a sociedade, estabelece com o doente. (Basaglia, 1968/1985, pp. 105-106 – grifos no original)

Por isso, para Basaglia, a única possibilidade de uma relação terapêutica é aquela que se dá com o sujeito livre, condição em que é possível garantir reciprocidade na relação e seu poder contratual. O que define o paciente internado é que ele é um sujeito sem direitos e submetido ao poder da instituição a partir de um mecanismo de exclusão da sociedade, que resulta antes da ausência de seu poder contratual que da doença em si. “Nesse sentido nossa ação atual só pode ser uma *negação* que, tendo surgido de um distúrbio institucional e científico, conduz ao rechaço do

ato terapêutico que pretende resolver conflitos sociais adaptando a eles suas vítimas” (Basaglia, 1978/1985, p. 110).

Reconhecendo a objetivação, o aniquilamento e a degradação presentes nos doentes como produções da própria instituição e desse mecanismo de exclusão, Basaglia nega essa instituição: a instituição hospitalar, a instituição da loucura. Denuncia um sistema que buscou anular as próprias contradições, afastando-as de si, e defende que só pode ser efetivamente terapêutico um processo que desconstrua a objetivação e a desresponsabilização do sujeito, devolvendo para a sociedade suas contradições e enfrentando o que parece ser essencial nesse processo: a reconstrução do poder de contratualidade desses sujeitos. A instituição psiquiátrica é algo que arbitrária e violentamente destrói o sujeito, reduzindo-o a seu objeto. Assim, é preciso resgatar a condição humana nesses sujeitos e isso se reconstrói por meio da efetiva participação do sujeito no processo social.

Por essa razão, Franco Rotelli, ao escrever acerca da instituição inventada a partir da instituição negada no processo da Reforma Italiana, afirma que ela se referia ao “conjunto de aparatos científicos, legislativos, administrativos, de códigos de referência cultural e de relações de poder estruturados em torno de um objeto preciso: ‘a doença’, à qual se sobrepõe no manicômio o objeto periculosidade” (Rotelli, 1988). No lugar dela, afirma esse autor, o objeto da psiquiatria é “a existência-sofrimento dos pacientes e sua relação com o corpo social”. Essa mudança de objeto remete também a uma mudança do ponto de vista do problema a ser enfrentado e do objetivo a ser alcançado: não mais a cura, mas a emancipação, a reprodução social das pessoas. Para isso, o trabalho terapêutico, defende Rotelli, é esse processo complexo de desinstitucionalização, que busca reconstruir pessoas como atores sociais, transformar modos de viver e sentir como forma de transformação da vida concreta cotidiana. É preciso inventar um novo social para uma sociabilidade de outra forma ausente:

Então a instituição inventada sobre o objeto “existência que sofre do corpo em relação com o corpo social” é feita de serviços que, rompida a separação do modelo médico e percebendo no modelo psicológico os idênticos vícios do biológico, entram com toda força no território das engenharias sociais como motores da sociabilidade e produtores de sentido e estão em todas as dimensões interferindo com a vida cotidiana, as cotidianas opres-

sões, momentos da reprodução social possível, produtores de riqueza, de trocas plurais e por isso terapêuticos. Então, terapêuticidade é a intencionalidade dos serviços que são intermediários materiais, capazes de colocar em movimento trocas sociais bloqueadas. (Rotelli, 1988)

Para nós, essas referências, além de fundamentais na medida em que representam influência importante no processo da Reforma Psiquiátrica Brasileira, marcam um diálogo possível com um referencial teórico que reconhece a condição humana como historicamente constituída, recusando leituras que naturalizam qualquer experiência ou constituição subjetiva como patológicas e comprometendo-se com intervenções que se dão a partir da transformação da atividade humana na realidade social.

Em relação ao processo de Reforma Psiquiátrica no Brasil, é importante contextualizá-lo nas lutas pelo direito à atenção integral e universal à saúde, que se consolidou, a partir da Reforma Sanitária, com a instituição de um Sistema Único de Saúde (SUS), em 1988. As lutas pela transformação da assistência à saúde mental se confundem com o processo mais global da Reforma Sanitária e, portanto, da construção da nova concepção de saúde que organiza o SUS. Confundem-se também com os inúmeros movimentos de redemocratização da sociedade brasileira no enfrentamento da ditadura instaurada pelo golpe militar de 1964. Desse modo, não é possível compreender a Reforma Psiquiátrica brasileira sem reconhecer sua especificidade: ela não existe se não articulada à constituição de um movimento social, o movimento da luta antimanicomial, fundado em 1987 no Brasil.

A existência de um movimento social, plural e democrático nas bases instituídas desde 1993 pelo Movimento Antimanicomial, com seus espaços plenários nacionais, com suas campanhas, com suas potencialidades enquanto espaços de expressão pessoal, coloca-se, evidentemente, como uma importante referência de desenvolvimento de aprendizagem para todos os que nele se envolvem: usuários, técnicos e familiares. Afinal de contas, é nesse microcosmo social que se exercita até as últimas consequências (ou pelo menos deveria ser assim) o experimento que propomos a toda a sociedade e que consiste em admitir e garantir a convivência plural de loucos e de supostos normais. (Silva, 2003, p. 97)

Este movimento pautou a relação da sociedade brasileira com sua diversidade e denunciou os anacrônicos dispositivos de cuidado relacio-

ados às práticas, concepções e à própria existência dos Hospitais Psiquiátricos, instituição historicamente violadora de direitos em nosso país. A nossa Reforma caminha, assim, na direção da efetivação de uma política que atenda ao chamado maior dessa luta: “Por uma sociedade sem manicômios”. Objetiva a (total) substituição dos hospitais psiquiátricos por uma rede comunitária de serviços, que deve garantir o cuidado no território, preservando vínculos e resgatando cidadania e participação social dos sujeitos.

O sentido proposto é, contudo, muito maior do que a reordenação dos modelos de assistência em saúde: as mudanças operadas pelo processo de reforma orientam-se por uma direção ética, comprometida com o respeito radical às diferenças e com a emancipação dos sujeitos historicamente objetivados pelo diagnóstico da doença mental, ou por muitas outras que patologizam a diferença.

Assim, podemos dizer que o Processo da Reforma Psiquiátrica reivindica uma nova concepção teórica sobre a própria doença, redefinindo o objeto com o qual trabalhamos, que se desloca da doença para o sujeito, com o seu sofrimento e a sua existência no corpo social. Propõe, sustenta e constrói um novo modelo de atenção, pautando a transformação das práticas em saúde, dos serviços que compõem a rede de assistência e, portanto, da política de saúde mental implementada. Por fim, exige uma nova diretriz ética, que mantém a utopia de uma sociedade capaz de sustentar a diversidade, afirmando a luta pela igualdade no respeito às diferenças.

As diretrizes do SUS e o papel da atenção básica no cuidado em saúde mental

O SUS está balizado por um novo conceito de saúde. Um conceito que reconhece na condição de saúde dos cidadãos determinantes e condicionantes relativos ao meio físico, socioeconômico e cultural, a fatores biológicos e também à própria possibilidade de acesso aos serviços destinados à promoção, proteção e recuperação da saúde (Ministério da Saúde, 1990). Isso significa tomar o processo de saúde como multideterminado e nos obriga a adotar modelos de atenção integral à saúde.

O conceito de integralidade é, nesse sentido, fundamental. Integralidade significa reconhecer, para a construção das práticas de atenção e cuidado, a condição singular de cada sujeito e, ao mesmo tempo, seu pertencimento a uma comunidade. Exige, para tanto, articulação das ações de promoção, prevenção e proteção à saúde, e também articulação da rede de serviços do território para responder de forma integral às necessidades do sujeito, constitutivas de seu processo saúde-doença (Ministério da Saúde, 1990).

O trabalho a partir da territorialização é, portanto, condição para a garantia da integralidade da assistência. Conceito que tem conquistado cada vez maior importância para os avanços do SUS, a noção de território é hoje tomada para além da referência espacial, ou da definição da região de abrangência de um determinado serviço ou uma determinada rede de atenção à saúde. Pressupõe que cada região possui suas especificidades sociais, políticas, naturais, absolutamente relacionadas às demandas de saúde nela configuradas:

As novas abordagens do conceito de território que vêm sendo trabalhadas nas últimas décadas, em especial na obra de Milton Santos, têm como característica principal o rompimento com a tradicional visão política dessa categoria. Até recentemente o território era definido como a área de atuação do Estado e, por isso, suas divisões compreendiam apenas as instâncias do poder público federal, estadual e municipal.

Ao entender o território enquanto apropriação social (política, econômica e cultural) um salto qualitativo foi dado, tanto no que se refere às escalas quanto às funções que cada recorte territorial admite. É nessa perspectiva que essa categoria ganha dinamicidade, alterando-se a partir do jogo conflituoso (de poder) próprio das relações sociais. (Faria & Bortolozzi, 2009, p. 37)

Contudo, avançamos na direção de considerar esse espaço como vivenciado, como ocupado por sujeitos. É preciso pensar a relação do sujeito com o qual trabalhamos com esse território, as trajetórias nele percorridas, os vínculos travados, o modo como se apropria desse espaço, de seus dispositivos. Nesse sentido, território não é mais apenas espaço, mas espaço significado, vivido pelo sujeito e pela comunidade, essencial para a definição de seus projetos terapêuticos e para a ordenação das ações de assistência no campo das políticas de saúde e das políticas públicas em geral:

A gestão do território supõe ações integradas que contemplem educação, saúde, moradia, saneamento básico, transporte, etc. Por isso, a exigência de um trabalho interdisciplinar que não se limita à visão dicotômica que muitas vezes se tem produzido em saúde no Brasil.

A busca por uma nova abordagem territorial em saúde, que contemple múltiplos olhares, apresenta-se ainda mais necessária em escala urbana, onde tudo se torna mais complexo. Obviamente as relações sociais mais intensas, os conflitos, os fluxos e os usos diferenciados produzem territórios e territorialidades as mais variadas. Nesses territórios urbanos diferenciados, o processo saúde-doença pode ser investigado como um evento diferenciado ou particular. O fenômeno biológico, como um fenômeno social, pode ser entendido em sua dependência territorial urbana.

A Epidemiologia Social fez progressos significativos no que se refere à interpretação coletiva da doença e acentuou a forte dependência social do fenômeno biológico. A inserção do pensamento geográfico, no sentido de contribuir para essa mesma investigação, pode revelar o perfil territorial do processo saúde-doença. (Faria & Bortolozzi, 2009, p. 38)

A ordenação das ações do cuidado a partir das condições territoriais e da apropriação desse território pelas pessoas é essencial na Atenção Básica em Saúde. Como porta de entrada preferencial do SUS, as ações da atenção básica garantem descentralização e capilaridade, por estarem mais próximas da vida das pessoas. Abrangem “a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação, a redução de danos e a manutenção da saúde” (Ministério da Saúde, 2013, p. 20) e objetivam a atenção integral, capaz de impactar a saúde das pessoas e seus determinantes e condicionantes sociais e territoriais. A atenção básica deve, portanto, ter papel essencial na vinculação do usuário com o sistema, na ordenação e na articulação do cuidado:

Na construção da atenção integral, a Atenção Básica deve cumprir algumas funções para contribuir com o funcionamento das Redes de Atenção à Saúde, são elas: ser base, atuando no mais elevado grau de descentralização e capilaridade, cuja participação no cuidado se faz sempre necessária; ser resolutiva, identificando riscos, necessidades e demandas de Saúde e produzindo intervenções clínicas e sanitariamente efetivas, na perspectiva de ampliação dos graus de autonomia dos indivíduos e grupos sociais; coordenar o cuidado, elaborando, acompanhando e criando projetos terapêuticos

singulares, bem como acompanhando e organizando o fluxo dos usuários entre os pontos de atenção das RAS, assim como as outras estruturas das redes de saúde e intersetoriais, públicas, comunitárias e sociais; ordenar as redes, reconhecendo as necessidades de saúde da população sob sua responsabilidade, organizando as necessidades desta população em relação aos outros pontos de atenção à saúde, contribuindo para que a programação dos serviços de Saúde parta das necessidades de saúde dos usuários. (Ministério da Saúde, 2013, p. 20)

Por essas razões, o papel das ações em saúde mental na atenção básica é essencial, estratégico, mas absolutamente complexo. Uma política de saúde mental que preconiza o cuidado territorial e a atenção a casos graves a partir da inserção do sujeito na comunidade, convoca a atenção básica para um papel especial. No que pese os dispositivos de cuidado oferecidos pelos CAPS em relação aos casos graves, é no território que as pessoas habitam que as questões e dificuldades se operam, na relação com a família, com a comunidade, nas construções de possibilidades de trabalho e convivência, dentre outros. Isso exige articulação da rede especializada com a atenção básica em níveis complexos e dão a esse campo da assistência uma função estratégica. Lancetti (2010, p. 1) se refere a esse processo anunciando uma complexidade invertida:

Na Saúde os procedimentos de maior complexidade, como transplantes ou cirurgias extremamente complexas acontecem em centros cirúrgicos especializados e os de menor complexidade como tratamento do diabetes, hipertensão, aleitamento materno, vacinação etc. acontecem nas unidades básicas de saúde.

Na Saúde Mental a pirâmide é inversa: quando o paciente está internado em hospital psiquiátrico, quando está contido a situação se torna menos complexa e quando mais se opera no território, no local onde as pessoas moram e nas culturas em que as pessoas existem, quando há que conectar recursos que a comunidade tem ou se deparar com a desconexão de diversas políticas públicas, quando se encontram pessoas em prisão domiciliar ou que não procuram ajuda e estão em risco de morte, quando mais se transita pelo território a complexidade aumenta.

Decorrente dessa complexidade, as ações acontecidas no território são ricas em possibilidades e, quando operadas em redes quentes mostram maior potencialidade terapêutica e de produção de direitos.

Assim, constituem diretrizes essenciais do SUS e daquilo que este Sistema preconiza para o cuidado em saúde mental, do ponto de vista da construção desse trabalho, o reconhecimento dos determinantes sociais do processo saúde-doença, a decorrente integralidade da atenção, a territorialização como exigência para a construção do cuidado e a importância da articulação das redes de atenção, com especial reconhecimento do papel estratégico da atenção básica.

Contribuições da Psicologia Sociohistórica

Utilizar as referências da Psicologia Sociohistórica como recurso para analisar o território, a organização comunitária, os vínculos e as configurações familiares, a situação de sofrimento psíquico de cada caso e os processos de trabalho operados pelo serviço e pela rede de saúde nas intervenções realizadas significa, em primeiro lugar, recusar leituras que capturam as experiências como processos naturais, imutáveis ou patológicos. Buscamos compreendê-los como processos vividos por sujeitos concretamente inseridos em seu território, marcado por condições sociais, culturais e econômicas que devem ser reconhecidas em sua dimensão histórica, tendo como finalidade criar possibilidades terapêuticas nessa comunidade e na própria equipe, que representem outra forma de inserção e de participação nos processos sociais que estão configurados.

A leitura teórica da Psicologia Sociohistórica foi construída sob referências que se opuseram às concepções mecanicistas, deterministas, reducionistas e elementaristas, próprias da racionalidade científica moderna, que se opuseram ainda à normatização e categorização operadas por esta racionalidade, assim como se opuseram à perspectiva conservadora do positivismo que naturalizou este processo. A produção de Vygotsky na Psicologia Soviética do início do século XX e seu desenvolvimento posterior expressam tal perspectiva. Vygotsky (1931/1995) aponta que a natureza psíquica do homem corresponde a um conjunto de relações sociais que são interiorizadas e convertidas em funções da personalidade e em formas de sua estrutura, ou seja, no plano subjetivo do sujeito. Assim, a leitura desta abordagem em relação à questão da saúde mental partirá, ao mesmo tempo, da dimensão sociohistórica da loucura e da dimensão da subjetividade constituída, na relação com essa história, procurando resgatar o sofrimento como objeto de análise.

A constituição do psiquismo é vista, na Psicologia Sociohistórica, como processo de construção a partir da atividade humana na realidade, atividade esta que se inscreve num espaço intersubjetivo a partir do qual apropriamo-nos da produção cultural acumulada historicamente. A noção de historicidade é, portanto, fundamental como recurso de combate à naturalização dos fenômenos humanos e sua consequente patologização, na direção de uma leitura crítica.

Aguiar (2001, p. 98) afirma que “é através da atividade externa, portanto, que se criam as possibilidades de construção da atividade interna”. Trata-se de um processo de constituição do plano psicológico pela construção e elaboração, na relação com a atividade, de significados e sentidos que representam, em sua totalidade, as configurações subjetivas. No nosso entender, a leitura da Psicologia em relação aos processos psicológicos implicados na experiência da loucura deveria se dar sempre por esse viés: uma leitura dos significados e sentidos que se configuram na experiência desses sujeitos, constituindo sua subjetividade. Mais do que identificar quadros patológicos é importante que possamos, com nossa leitura, recuperar esses significados e sentidos, resgatando o próprio sujeito muitas vezes perdido em torno da doença mental.

Devemos olhar para a saúde, ou a doença, ou ainda a loucura, como processos multideterminados, que se produzem historicamente e que por isso são expressões da totalidade de relações vividas pelo indivíduo, mas que ao mesmo tempo não são idênticos a essa totalidade. Isso porque concebemos o homem como um sujeito social e histórico, o que implica também considerá-lo como ativo, individual, particular, na medida em que sua subjetividade não se constitui pela mera transposição do plano social para o individual.

Na mesma direção, compreendemos a importância da maneira como Vygotsky (1931/1995) discute a gênese das funções psicológicas superiores, enquanto contribuição da abordagem à clínica da loucura. Para o autor, as funções psicológicas superiores constituem-se como complexificação das funções psicológicas inferiores, pela mediação dos significados, processo no qual a dimensão sociohistórica é mediação fundamental. As funções psicológicas superiores são, no seu conjunto, relações de ordem social interiorizadas, que contêm as funções inferiores, transformadas: “todas las funciones superiores no son producto de la biología, ni de la

historia de la filogénesis pura, sino que el propio mecanismo que subyace en las funciones psíquicas superiores es una copia de lo social” (Vygotsky, 1931/1995, p. 151).

Nessa medida, Vygotsky (1933/1991) ensina que devemos reconhecer a importância das conexões, contribuição que pode ser importante para que tendamos a não conceber os quadros ditos psicopatológicos como anomalias de um sistema ou de uma estrutura. É possível a constituição de outras configurações subjetivas, como expressão de outras formas ou arranjos de conexões, a partir do que se pode produzir maior mobilidade, vitalidade, felicidade.

Esse olhar contribui não apenas com nossa leitura em relação às situações de sofrimento mental encontradas no território, do ponto de vista do cuidado diretamente dirigido aos casos acompanhados, mas também estabelece diálogo essencial com as diretrizes da Reforma Psiquiátrica e do SUS. Serve, assim, de instrumental para produzir um trabalho com as equipes do ponto de vista da reorientação e reordenação necessárias nos processos de cuidado. São leituras que auxiliam na possibilidade de desconstruir a naturalização de processos familiares, de situações de violência, da relação de usuários de drogas com as substâncias que consomem e das próprias concepções que têm orientado as intervenções dos trabalhadores de saúde nesse território. Sem dúvida, esse é um desafio fundamental: enfrentar a necessidade de transformação de leituras e perspectivas naturalizantes e patologizantes que operam na própria equipe. Desse ponto de vista, sustentar reflexões críticas sobre os processos em relação aos quais atuamos é uma necessidade e, para isso, tais recursos teóricos têm se mostrado muito importantes.

Para qualificar o cuidado em saúde mental: algumas intervenções, algumas reflexões

A UBS a partir da qual desenvolvemos esse trabalho atende parte de seu território pelo modelo da ESF, contando, para tanto, com cinco equipes de ESF. Apóia essas equipes uma equipe do Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF), que é composto em grande parte por profissionais da área da saúde mental, especialmente fonoaudiólogos e psicólogos. É importante salientar que a equipe que atende o território coberto

pela ESF é distinta da equipe que atende o território coberto apenas pelas ações tradicionais da atenção básica na mesma UBS, tendo inclusive cada uma dessas equipes contratos de trabalho diferentes, já que a equipe da ESF é composta por trabalhadores de uma organização social com a qual a prefeitura mantém um contrato e a equipe que atua nas ações tradicionais da Unidade é composta por servidores concursados. A gerência da Unidade, contudo, é da organização social, havendo contratos de trabalho distintos dentro da própria Unidade.

Embora seja um desafio avançar na discussão acerca da possibilidade da qualificação do cuidado em saúde mental para a população atendida pelas ações programáticas, iniciamos o trabalho pela ESF, considerando que ela permite melhor condição de acompanhamento dos usuários e de suas famílias no território, assim como articulação em rede. É importante salientar que um dos desdobramentos atuais do trabalho desenvolvido pelo Pró-PET Saúde é a realização de reuniões de matriciamento entre os trabalhadores da Unidade que atuam no modelo tradicional e os CAPS da região, embora ainda bastante incipiente.

Além das reuniões gerais de equipe, que envolvem trabalhadores que atuam em ambos os modelos, as equipes de PSF se reúnem diariamente e uma vez por semana trabalham em conjunto com o NASF nessas reuniões. As equipes de ambos os modelos da Unidade oferecem algumas estratégias coletivas de cuidado no território, como grupos de hipertensão e diabetes, trabalho com crianças e adolescentes sobre meio ambiente, grupos de artesanato, idosos, caminhada, além da terapia comunitária coordenada pelo próprio NASF, dentre outros.

As estratégias para inserção e para o desenvolvimento de ações de cuidado em saúde mental operadas pela Unidade sempre partiram da recusa em criar novos espaços, novas atividades, ou novos dispositivos para além daqueles já constituídos como processo de trabalho na Unidade. Entendeu-se a importância das atividades de estágio-intervenção caracterizarem-se pela inserção no cotidiano da Unidade, considerados os modos implementados para a gestão do trabalho da equipe. A direção foi adentrar no cotidiano e reconhecer as questões e dificuldades operadas, para trabalhar a partir daí. Assim, nossa estratégia tem se constituído pelo acompanhamento e trabalho conjunto com as equipes de ESF, tendo como forma inicial de entrada a participação semanal sem suas reuniões.

Como parte dessa participação, tem sido essencial acompanhar e participar também das reuniões de equipe matriciadas pelo NASF, assim como das reuniões de matriciamento – antes bimestrais e atualmente mensais – que ocorrem entre equipes da UBS, NASF e CAPS da região. Temos participado também das reuniões gerais de equipe. A partir dessa inserção, temos buscado atuar junto com as equipes no cuidado de alguns casos, eleitos estrategicamente tendo-se em vista dificuldades evocadas pela complexidade do caso e a possibilidade que ele representa de colocar em funcionamento formas mais qualificadas de operar o processo de trabalho no cuidado em saúde mental. Essas situações têm, algumas vezes, propiciado a aproximação e o trabalho conjunto com a rede especializada, os CAPS ou CECCO da região. Além disso, temos buscado acompanhar alguns grupos realizados pela Unidade, para entender o modo como as equipes e os usuários utilizam essas estratégias na construção dos projetos terapêuticos. Por fim, temos construído, a partir desses espaços, de forma conjunta e pactuada com os trabalhadores, oficinas que têm reunido toda a equipe da ESF da Unidade, além de oferecer outros serviços, com o intuito de repactuar a construção do trabalho em rede na região.

Nesse processo temos identificado um conjunto de questões que representam especial desafio do ponto de vista dos processos de trabalho para o cuidado em saúde mental e temos procurado atuar sobre elas, na direção de garantir a integralidade e a territorialização do cuidado, construindo ações em rede capazes de produzir transformações nas situações de vida constitutivas das experiências de sofrimento mental. Podemos dizer que uma primeira grande questão que se anuncia como desafio nesse processo são as concepções a partir das quais os trabalhadores das equipes operam. A trajetória dos trabalhadores no território e nas redes de saúde produzem marcas importantes do ponto de vista das concepções que carregam acerca dos processos com os quais trabalham e da direção almejada para suas ações. Deparamo-nos, ainda, com temores em relação à periculosidade das pessoas com transtorno mental, como se fosse algo inerente ao sujeito ou a uma patologia que ele carrega. Parece ainda distante a possibilidade de compreender que o modo de funcionamento das pessoas com transtornos mentais graves não precisa se reverter na estrutura padrão de normalidade presente em nossa sociedade para que essas pessoas possam construir uma trajetória de participação, realização de projetos e circulação social.

É muito marcante também a ideia de que casos graves de saúde mental são de responsabilidade dos CAPS, sendo difícil identificar a ação possível de cuidado a esses casos a ser operada pelas equipes da atenção básica, no que pese os dispositivos grupais desenvolvidos pela própria Unidade, muitas vezes desconsiderados na construção de projetos terapêuticos. Nesse sentido, a corresponsabilização é substituída pelo encaminhamento e instala-se um processo segundo o qual os serviços e profissionais especializados são rechaçados por não resolverem os casos. Evidentemente, nessa perspectiva existe também uma concepção acerca do que se espera como resultado de um processo de intervenção em saúde mental: a cura.

Outra questão muito importante é a imensa dificuldade em desenvolver estratégias de cuidado com usuários de álcool e/ou outras drogas. A concepção da redução de danos como diretriz da atenção é absolutamente desconhecida na atenção básica. Os trabalhadores tendem a não aceitar essa perspectiva e a não saberem como operar com ela. Em grande parte, usuários de álcool e/ou outras drogas são vistos como casos “sem solução”, com uma visão muito marcada por uma perspectiva moral.

Outro desafio bastante pertinente encontra-se na possibilidade de distinção entre situações que requerem uma intervenção do ponto de vista das ações de saúde e situações que representam modos de vida precários, extremas situações de vulnerabilidade ou violência. Muitas vezes, as equipes têm dificuldade de distinguir quais são as questões de saúde que se desdobram dessas situações e merecem cuidado. Terminam por patologizar modos de vida, atitudes, configurações familiares, com pouca possibilidade de acionar redes de assistência, educação e justiça para responder à complexidade representada por algumas situações familiares.

Evidentemente nenhum desses processos opera sem contradição. Há experiências muito exitosas em que redes são acionadas para construir projetos de intervenção em relação a situações familiares complexas. Também em muitos momentos os trabalhadores demonstram absoluta clareza da importância do vínculo, da escuta, do acolhimento no acompanhamento de casos de saúde mental, mesmo sem muita segurança em relação aos desdobramentos de sua intervenção. Também em muitas situações a equipe traz a clareza da transformação necessária em relação à inserção do sujeito no território e às atividades por ele desenvolvidas

em sua trajetória como direção do projeto terapêutico. Nesse sentido, há movimentos de transformação.

Em relação a esses processos, algumas intervenções têm sido interessantes. Acompanhar casos em visita domiciliar sob a condição de retomar sua discussão em equipe, visando à construção de projetos terapêuticos singulares como orientadores das ações, tem sido estratégia para interromper a manutenção de uma lógica de acompanhamento dos casos e problematizar leituras. Além disso, discutir concepções sobre saúde, saúde mental, loucura, uso de drogas, permitindo a emergência dos afetos, das dúvidas e das questões evocadas nesse cuidado nas próprias reuniões de equipe representam um processo importante de transformação. Ou seja, parece essencial que a equipe permita que surjam as diferentes concepções e ideias presentes entre os trabalhadores que a constituem como ponto de partida. Não temos dúvida de que todos conhecem a concepção que orienta a diretriz da gestão do cuidado. Conhecer não significa pactuar. Diante dessa situação, não há outro caminho que não a possibilidade de expressão dos diferentes projetos que estão em embate nessa trajetória.

Cecilio (2007) fala da importância de assumirmos o espaço de liberdade irredutível dos trabalhadores de saúde, presente em suas concepções e suas práticas e muitas vezes sufocado por normas, hierarquias, referências instituídas. Para ele, o ponto de partida para organizar o cuidado de saúde é interrogar o trabalho antes de propor conceitos e prescrições de gestão, interrogar para, com esses trabalhadores, criar conceitos que façam sentido para suas práticas. Essa é uma das nossas maiores dificuldades: permitir que nosso projeto ou um determinado projeto de gestão possa compor ou ser afetado por outras perspectivas. Reconhecer a qualidade do cuidado que está sendo exercido no encontro do trabalhador com o usuário pode ser um desafio para nós nessa trajetória. Ou seja, precisamos garantir a condição de protagonistas, dos usuários e dos trabalhadores:

Trabalhador de saúde que vê sua autonomia ameaçada por mecanismos sutis (ou nem tão sutis) de captura, uniformização e padronização, não poderá, de forma verdadeira, contribuir para o fortalecimento da autonomia daquele de quem cuida. O trabalhador só poderá entender e, o que é mais importante, praticar o conceito de que estar sadio é manter, recuperar ou

ampliar a autonomia no modo de administrar a vida, na medida em que vivenciar sua própria autonomia, cultivada e amadurecida, a cada dia, nas relações concretas que estabelece com os demais atores que constroem a sempre precária realidade organizacional. Sua autonomia referenciada, da forma mais plena possível, à autonomia do outro – um encontro de autonomies. (Cecilio, 2007, p. 350)

Outro desafio essencial se concentra nas dificuldades de articulação e trabalho em rede, mesmo que ainda referidos à rede de saúde e saúde mental. Os trabalhadores da atenção básica, em geral, desconhecem o trabalho realizado pelos CAPS e a concepção que os orienta. Também os trabalhadores de CAPS encontram dificuldades na aproximação com a atenção básica, como expressão também de uma dificuldade em construir projetos terapêuticos mais articulados ao território do usuário. Os espaços de matriciamento aparecem bastante desvalorizados, seja com o NASF ou com os CAPS, dos quais muitas vezes se aproximam para entregar responsabilidades ou interrogar por respostas, sendo muito difícil construir responsabilização conjunta. Assim, tem sido um grande esforço produzir, a partir de nossa inserção na equipe e acompanhamento dos casos, alguns momentos de aproximação entre trabalhadores dos diferentes serviços da rede, bem como preparação de casos para discussão em reuniões de matriciamento, ou ao menos garantia de espaços para compartilhar elementos discutidos nesses encontros de matriciamento.

Uma estratégia importante para o avanço nessa direção foi a produção de oficinas de saúde mental, que reuniram trabalhadores da Unidade com trabalhadores de CAPS, CECCO e NASF para discutirem a produção do cuidado em saúde mental, a responsabilização compartilhada, repactuando-se a possibilidade de trabalho conjunto. Um tema insistentemente tratado nessas oficinas foi a condição de que o usuário nunca deixe de ser da atenção básica, porque ele é acima de tudo do território e essa deve ser a inserção que organiza seu cuidado. Sem dúvida, essa discussão também responsabiliza a rede CAPS e seus trabalhadores a atuarem de forma integrada com as equipes da atenção básica, apoiando-as e sendo apoiados por elas na construção do cuidado a casos graves.

Nesse sentido, alguns pilares relativos ao processo de trabalho nos orientam. A função da equipe e a potência de seus encontros e reuniões,

assim como o apoio matricial, são dispositivos fundamentais para a sustentação da gestão do cuidado partilhado pelas equipes:

O funcionamento dialógico e integrado da equipe de referência pressupõe tomá-la como um espaço coletivo, que discute casos clínicos, sanitários ou de gestão, e participa da vida da organização.

O apoiador matricial é um especialista que tem um núcleo de conhecimento e um perfil distinto daquele dos profissionais de referência, mas que pode agregar recursos de saber e mesmo contribuir com intervenções que aumentem a capacidade de resolver problemas de saúde da equipe primariamente responsável pelo caso. O apoio matricial procura construir e ativar espaço para comunicação ativa e para o compartilhamento de conhecimento entre profissionais de referência e apoiadores. (Campos & Domitti, 2007, p. 401)

Para estes autores, o apoio matricial objetiva a construção de um projeto terapêutico integrado, possibilitado por atendimentos conjuntos, troca de conhecimentos e orientações, ou mesmo por ações compartilhadas pelas equipes de referência e de apoio. Reconhecem um conjunto de obstáculos a esse processo: estruturais, excesso de demandas ou carência de recursos, ético, epistemológico, dentre outros. Contudo, pela função estratégica dos dispositivos da equipe de referência e apoio matricial, temos buscado interromper processos pelos quais se reproduzem o esvaziamento dos espaços de equipe e da função apoio, no intenso desafio de desenvolver, a partir dos sentidos dos trabalhadores, e com eles buscar repactuar essas estratégias.

Sem dúvida, todas essas estratégias em relação à qualificação dos processos de trabalho orientados para o cuidado em saúde mental têm como finalidade a possibilidade de construção e sustentação de projetos terapêuticos singulares, que representem um conjunto de ações pactuadas com os usuários de saúde mental e orientadas para a produção de transformações na sua vida concreta:

O Projeto Terapêutico Singular (PTS) é um conjunto de propostas de condutas terapêuticas articuladas, voltadas para um sujeito individual ou coletivo como resultado da discussão grupal de uma equipe interdisciplinar, com apoio matricial caso seja necessário. ... O PTS foi bastante desenvolvido em espaços de atenção à saúde mental, depois da reforma psiquiátrica, como forma de propiciar uma atuação integrada da equipe, valori-

zando outros aspectos no tratamento dos usuários além do diagnóstico psiquiátrico e da medicação. Portanto, é uma reunião de toda a equipe, onde todas as opiniões são importantes para ajudar a entender o Sujeito com alguma demanda de cuidado em saúde e, conseqüentemente, para a definição de propostas de ações nesse sentido. No entanto, é relativo a uma equipe que realmente tem uma responsabilidade e um vínculo pelo resultado global final.

O nome Projeto Terapêutico Singular, em lugar de Projeto Terapêutico Individual, como também é conhecido, nos parece mais adequado, pois sugere que o projeto pode ser realizado para grupos ou famílias e não só para indivíduos, além de acentuar o fato de o projeto buscar na singularidade (na diferença) o elemento central de articulação (lembrando que os diagnósticos tendem a igualar os sujeitos e minimizar as diferenças: hipertensos, diabéticos, etc.). (Cunha & Campos, 2010, p. 43)

Não temos dúvida do papel essencial da atenção básica na construção e sustentação de efetivos projetos terapêuticos, no sentido do respeito às singularidades, na possibilidade do reconhecimento do sujeito por detrás da doença e da realização de ações complexas para além da medicação. Contudo, ainda é muito difícil à rede garantir a efetividade da realização dessa sua potência estratégica. Um bom PTS, pela sua definição, é aquele que considera o itinerário do sujeito em seu território e que atua a partir dele. Isso representa a grande complexidade do cuidado em saúde mental, que requer muitos investimentos na atenção básica, mas requer também uma transformação das formas de operar na rede especializada. Em nosso trabalho na Unidade, avançamos das oficinas de saúde mental para as oficinas sobre rede e território, convocando atores de diferentes serviços e coletivos, num processo que buscamos construir sempre junto com os trabalhadores, para a discussão sobre as dificuldades e as potências desse território. Isso produziu encontros inéditos entre a rede, aproximações e desconfiças, numa aposta pela possibilidade de ampliar as leituras sobre o território, seus recursos e as trajetórias nele percorridas pelos usuários. A direção: avançar para a construção de projetos terapêuticos centrados menos nos recursos possíveis para os serviços e mais na vida cotidiana dos usuários e nos recursos de seu território, sobretudo aqueles cujo sentido possibilita a construção do vínculo e da produção de saúde. Como afirmam Figueiredo e Campos (2009, p. 136):

Descentralizar a Saúde Mental para os territórios foi uma conquista cara à Reforma Psiquiátrica e consideramos necessário aprimorar esse modelo, vinculando cada vez mais a assistência com a análise e utilização do território e da rede social, a fim de desenvolver uma clínica implicada com a constituição de sujeitos mais saudáveis em sua afetividade e em suas relações sociais, e mais potentes para transformar a realidade. Ainda, consideramos essa tensão estabelecida entre os profissionais de Saúde Mental e as equipes de referência como uma força saudável, capaz de desestabilizar o instituído e pôr a prática em movimento em torno das reflexões nascidas da fertilidade desse encontro.

Referências

- Aguiar, W. M. J. (2001). Consciência e atividade: categorias fundamentais da Psicologia Sócio-Histórica. In A. M. B. Bock, M. G. M. Gonçalves, & O. Furtado (Orgs.), *Psicologia Sócio-Histórica: uma perspectiva crítica em Psicologia* (pp. 97-110). São Paulo: Cortez.
- Basaglia, F. (1985). *A instituição negada: relato de um hospital psiquiátrico* (H. Jahn, Trad.). Rio de Janeiro: Edições Graal. (Original publicado em 1968)
- Campos, G. W. S. & Domitti, A. C. (2007). Apoio matricial e equipe de referência: uma metodologia para gestão do trabalho interdisciplinar em saúde. *Cadernos de Saúde Pública*, 23(2), 399-407.
- Castel, R. (1978). *A ordem psiquiátrica: a idade de ouro do alienismo* (M. T. C. Albuquerque, Trad.). Rio de Janeiro: Edições Graal.
- Cecilio, L. C. O. (2007). O "trabalhador moral" na saúde: reflexões sobre um conceito. *Interface*, 11(22), 345-351.
- Cooper, D. G. (1983). *A linguagem da loucura* (W. Ramos, Trad.). Lisboa: Presença; São Paulo: Martins Fontes. (Original publicado em 1978)
- Cunha, G. T. & Campos, G. W. S. (2010). Método paidéia para co-gestão de coletivos organizados para o trabalho. *Org & Demo*, 11(1), 31-46.
- Faria, R. M. & Bortolozzi, A. (2009). Espaço, território e saúde: contribuições de Milton Santos para o tema da geografia da saúde no Brasil. *Ra'e Ga: O Espaço Geográfico em Análise*, 17, 31-41.

- Figueiredo, M. D. & Campos, R. O. (2009). Saúde Mental na atenção básica à saúde de Campinas, SP: uma rede ou um emaranhado? *Ciência & Saúde Coletiva*, 14(1), 129-138.
- Foucault, M. (1997). *História da Loucura na Idade Clássica* (J. T. C. Netto, Trad.). São Paulo: Perspectiva. (Original publicado em 1960)
- Lancetti, A. (2010). *Saúde Mental, atenção primária promoção da Saúde*. In IV Conferência Nacional de Saúde Mental. Acesso em dia 15 de dezembro, 2013, em <http://www.trabalhosfeitos.com/ensaios/Sa%C3%BAde-Mental-Aten%C3%A7%C3%A3o-Prim%C3%A1ria-Promo%C3%A7%C3%A3o-Da/34178194.html>
- Ministério da Saúde/Secretaria Nacional de Assistência à Saúde. (1990). *ABC do SUS*. Brasília, DF: Autores.
- Ministério da Saúde/Secretaria de Atenção à Saúde. (2013). *Saúde Mental - Cadernos de Atenção Básica n. 34*. Brasília, DF: Autores.
- Rotelli, F. (1988). A instituição inventada. In F. Nicácio (Org.), *Desinstitucionalização* (pp. 89 -99). São Paulo: Hucitec.
- Silva, M. V. O. (2003). O movimento da luta antimanicomial e o movimento dos usuários e familiares. In Conselho Federal de Psicologia (Org.), *Loucura, ética e política: escritos militantes* (pp. 84-11). São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Vygotsky, L. S. (1995). Historia del desarrollo de las funciones psíquicas superiores. In *Problemas del desarrollo de la psique* (L. Kuper, Trad., pp. 09-340). Madrid: Visor. (Original publicado em 1931)
- Vygotsky, L. S. (1991). *El problema de la consciência* (J. M. Bravo, Trad.). Madrid: Visor. (Original publicado em 1933)

A vida por uma aliança ou uma aliança pela vida?

Filippe de Mello Lopes

Marcelo Dalla Vecchia

Introdução

Historicamente, as políticas públicas sobre álcool e outras drogas foram hegemônicas, no contexto brasileiro, pelas iniciativas de segurança pública: repressão ao tráfico, por um lado, e criminalização do usuário de drogas tornadas ilícitas, por outro (Karam, 2014). Com efeito, constituiu-se um imaginário social no qual o usuário de substâncias psicoativas, independentemente do padrão de uso, é tido como alguém perigoso, e as drogas ilegalizadas como algo que é necessário combater (Conselho Regional de Psicologia da 6ª Região, 2011). Contudo, estima-se que os prejuízos à saúde, sociais e econômicos, decorrentes do uso de drogas legalizadas (álcool, tabaco, solventes e psicofármacos, dentre outras) podem ser considerados até dez vezes maiores do que os decorrentes das drogas ilícitas (Ministério da Saúde, 2003).

Mais especificamente, no que tange à atenção à saúde das pessoas com necessidades decorrentes do uso de álcool e outras drogas, dois tipos básicos de oferta assistencial foram historicamente predominantes. Por um lado, as chamadas “clínicas de desintoxicação”, direcionadas para os que podem pagar por um tratamento intensivo sob regime de internação. Por outro lado, as “comunidades terapêuticas” ou “casas de recuperação”, usualmente de caráter filantrópico e/ou com alguma vinculação religiosa, voltadas para as pessoas que não podem arcar com as despesas de internação (Delgado et al., 2007). Instituiu-se, assim, acesso diferenciado a serviços cuja qualidade de oferta é distinta conforme o poder de compra, dependendo de fatores tais como o número de profissionais da equipe terapêutica, os procedimentos oferecidos, a estrutura física, etc. Além disso, a assistência existente era centrada no atendimento às pessoas cujo padrão de uso é abusivo ou dependente, com as

metas terapêuticas focadas na manutenção e no controle da abstinência, além da prevenção de recaídas.

Apresentaremos um recorte da pesquisa de mestrado do primeiro autor, que se encontra em desenvolvimento no Programa de Pós-Graduação em Psicologia da Universidade Federal de São João del-Rei (PPGPSI). A investigação consiste em um estudo de caso da ação governamental “Aliança pela Vida”, do governo de Minas Gerais, como representativa das contradições presentes nas atuais políticas de drogas em nosso país, cujo estudo tem demonstrado uma alarmante continuidade com relação ao quadro histórico acima indicado. Buscaremos compreender e analisar os condicionantes que possibilitaram a criação da ação governamental e, ao mesmo tempo, entender como as comunidades terapêuticas (CT) assumiram papel principal na atenção ao usuário de álcool e outras drogas no momento atual.

Nosso roteiro passa pelo contexto histórico entre a criação de duas políticas que são de fundamental importância para a implantação da “Aliança pela Vida”: trata-se do Plano Integrado de Enfrentamento ao Crack e Outras Drogas (PIEC) de 2010, e o Programa “Crack: é possível vencer”, de 2011. Esses dois programas de âmbito federal foram os marcos legais fundamentais para a elaboração e implementação da “Aliança pela Vida”.

Faremos um breve resgate histórico a respeito das CT, tanto em sua perspectiva inicial com as denominadas “CT psiquiátricas”, quanto em sua perspectiva atual, quando as CT são direcionadas para o tratamento de pessoas dependentes de substâncias psicoativas. Pretendemos mostrar que tal diferenciação permite verificar uma distorção entre a ideia inicial das CT e o formato da teoria, da prática e dos modelos atuais.

Também colocamos em discussão as contradições entre a ação governamental e as diretrizes do Sistema Único de Saúde (SUS) brasileiro. Discutiremos a existência de contradições nos campos ético, prático e ideológico, já que o SUS aspira à universalidade, enquanto a “Aliança pela Vida” busca acolher tão somente pessoas cujo padrão de uso é abusivo ou dependente, negligenciando as demais necessidades daqueles que se relacionam com álcool e outras drogas a partir de outros padrões de uso.

Corroborando nossa linha argumentativa, recorreremos aos dados de uma entrevista realizada com um trabalhador da saúde da região administrativa de Minas Gerais, conhecida como Campo das Vertentes. O contato com o entrevistado foi feito com o intuito de recorrer ao seu depoimento enquanto entrevista-piloto para testar o roteiro que será adotado na pesquisa de mestrado acima mencionada. No entanto, as informações fornecidas pelo depoente, enquanto operador do “Aliança pela Vida”, possibilitam discutir algumas das intuições iniciais que a investigação vem apresentando, encaminhando parte do debate teórico-político a ser destacado na pesquisa de mestrado.

Assim, o presente texto apresenta resultados parciais da pesquisa de mestrado em desenvolvimento, buscando uma aproximação com a ação governamental “Aliança pela Vida”, ilustrada, nesta oportunidade, com a perspectiva de um operador desta política. Uma caracterização mais abrangente deverá ser apresentada na dissertação de mestrado do primeiro autor. Resguardamo-nos, nesta oportunidade, em colaborar para uma aproximação inicial à compreensão dos caminhos das CT em Minas Gerais e seus condicionantes macroestruturais.

Aliança pela vida: de onde vem essa história?

O estado de Minas Gerais lançou, em outubro de 2011, a ação governamental “Aliança pela Vida”, através do *Decreto n. 45.739*, de 22 de setembro de 2011, que regulamenta tal ação e “estabelece os critérios para concessão de benefícios no âmbito do Programa Social Rede Complementar de Suporte Social e Atenção ao Usuário de Álcool e Outras Drogas” (www.lexml.gov.br).

A criação e implantação são subsidiadas pela outorga de uma série de outros instrumentos legais, como o Plano Integrado de Enfrentamento ao Crack – PIEC, de 2010, e o Programa “Crack: é possível vencer”, de 2011 (www.obid.senad.gov.br). Além desses, no mesmo ano de 2011 é lançado o Relatório Final da Comissão Especial de Combate às Drogas – CEDROGA (2011), da Câmara dos Deputados Federais, que tem como relator o deputado Givaldo Carimbão (Câmara dos Deputados). O deputado federal Givaldo Carimbão foi o relator do texto e aliado do deputado Osmar Terra, autor do Projeto de Lei n. 7663/2010. Esse Projeto de Lei prevê o aumento

da penalização do crime de tráfico de drogas e critérios mais flexíveis do que aqueles da Lei n.10.216/2001 (“Lei Paulo Delgado”, principal marco legal das políticas de saúde mental no Brasil) para viabilizar a internação compulsória dos usuários de álcool e outras drogas.

Essa contextualização se faz necessária, uma vez que o momento em que esses instrumentos foram criados é muito importante para entendermos o(s) motivo(s) pelo(s) qual(is) PIEC e “Crack, é possível vencer”, bem como a própria ação governamental “Aliança pela Vida” puderam ser instituídos. Outro dado importante de contexto é que estávamos, naquele período, vivenciando uma disputa presidencial entre uma mulher, ex-ativista de movimentos de resistência à ditadura civil-militar brasileira; e um político que já havia sido Ministro da Saúde e implantado alguns programas importantes, como o de tratamento e distribuição de coquetéis para tratamento da Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (SIDA/AIDS).

A “Aliança pela Vida”, então, se estrutura em um momento político e social em nosso país em que se impõe a pressão por uma resposta assistencial imediata, diante da denominada “epidemia do crack”, e mais ainda, quando terminavam dois mandatos de um presidente populista, progressista e com uma expressiva aceitação popular, segundo as pesquisas de opinião pública da época (www1.folha.uol.com.br/poder/747702-lula-e-o-politico-ibero-americano-com-maior-aceitacao-popular-diz-pesquisa.shtml). Ademais, mesmo com arranjos político-partidários cuja composição, em termos ideológicos, foi inegavelmente abrangente, a cultura hegemonicamente machista de nosso país antecipava a dificuldade da tarefa de uma mulher candidatar-se para presidente. Sucintamente, essa era a conjuntura que se apresentava em termos de governo federal nos anos de implantação da ação governamental “Aliança pela Vida”.

Mais especificamente no que tange ao estado de Minas Gerais, vigorava (e ainda permanece) um governo que se apresenta como de oposição ao governo federal. Um dos carros-chefe das últimas gestões do governo mineiro é o denominado “Choque de Gestão”. Ele consiste na implantação de uma lógica gerencialista na gestão da política pública, sob o argumento da modernização administrativa, incentivando-se as parcerias público-privadas e a avaliação por resultados (Dias, 2013). No entanto, essa implantação tem suscitado resistência por parte dos segmentos organizados dos operadores das políticas públicas, por exemplo, no setor da educação,

que vem deflagrando greves ano após ano. Em meio a essas tensões, a “Aliança pela Vida” se instituiu através da Secretaria de Desenvolvimento Social do Estado de Minas Gerais (SEDESE).

Temos, assim, um pequeno esboço dos condicionantes que permitiram a implantação da “Aliança pela Vida”. Com efeito, seu desenvolvimento permite observar que se trata de uma ação que está em consonância com certa ideologia e com uma perspectiva que afirma que o tratamento do usuário de álcool e outras drogas deve se pautar numa determinada lógica e no modelo de atenção, que abordaremos a seguir.

A pesquisa de mestrado do primeiro autor aponta justamente para a hipótese de uma contradição no financiamento de políticas sobre drogas controversas no âmbito federal. Isso tem possibilitado que ações como a “Aliança pela Vida” possam se realizar nos estados e municípios brasileiros, como é o caso do Estado de São Paulo, que tem um programa com contornos semelhantes, chamado “Recomeço” (www.estadao.com.br/noticias/cidades,bolsa-crack-de-r-1350-vai-pagar-internacao-de-viciados-do-estado-de-sp,1029486,0.htm).

Atualmente, a ação governamental se encontra sob a gestão da Subsecretaria de Políticas sobre Drogas (SUPOD), vinculada à Secretaria de Defesa Social (SEDS) do Estado de Minas Gerais. Segundo informações da agência oficial de informações do governo do Estado de Minas Gerais, 32,8% dos municípios aderiram à ação, o que corresponde, em números absolutos, a 280 municípios (www.canalminassaude.com.br/noticia/ses-mg-apresenta-balanco-das-acoes-na-area-da-saude-em-2013). Atendendo a uma demanda da Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas (SENAD), o Laboratório de Geoprocessamento do Centro de Ecologia da Universidade Federal do Rio Grande do Sul conduziu um levantamento com a parceria de quatro federações de comunidades terapêuticas para situar geograficamente as CT brasileiras utilizando recursos de geocodificação. O “Censo das Comunidades Terapêuticas no Brasil” localizou 1.798 CT no país, sendo 543 delas instaladas no estado de Minas Gerais, conforme dados de março/2013 (www.mapa-ct.ufrgs.br).

Dos municípios mineiros, 158 estão realizando internações com mais 35 comunidades terapêuticas contratadas, contabilizando mais 570 vagas para internações. Ainda conforme notícia o Canal Minas Saúde, existem, atualmente, 166 Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) implanta-

dos, 33 CAPS ad e mais 16 CAPS habilitados em todo o Estado. Os dados parecem-nos bastante contundentes com relação à constatação de uma clara disparidade entre o fortalecimento dado às CT, no Estado de Minas Gerais, em comparação com os CAPS ad, dispositivo fundamental da Rede de Atenção Psicossocial.

Segundo o censo do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), Minas Gerais conta com uma população estimada, em 2013, de 20.593.356 de pessoas (www.ibge.gov.br/home). Esses dados apontam para o seguinte fato: a que parcela da população a ação governamental oferta atendimento? Para quem vale a ação governamental: para as CT ou para os usuários? Quem vem sendo beneficiado e quem vem sendo negligenciado quando o “Aliança pela Vida” transfere recursos públicos para o financiamento de internações nas CT?

Breve relato sobre as comunidades terapêuticas atuais

Existe uma distinção, que deve ser feita, entre o que se chama comunidade terapêutica (CT) na atualidade e o que foram as CT desde sua criação nos hospitais psiquiátricos. Neste texto não aprofundaremos essa diferenciação, estabelecendo apenas um quadro comparativo entre ambas, que chamaremos “CT psiquiátricas” e “CT para dependentes de substâncias”. Tal nomenclatura, não obstante parecer-nos equivocada, é a utilizada por De Leon (2003), cuja obra desfruta de importante reconhecimento entre os estudiosos destas CT.

Quadro 1. Características da Comunidade Terapêutica psiquiátrica

Considera-se a organização como um todo responsável pelo resultado terapêutico.
A organização social é útil para criar um ambiente que maximize os efeitos terapêuticos, em vez de constituir mero apoio administrativo ao tratamento.
Um elemento nuclear é a democratização: o ambiente social proporciona oportunidades para que os pacientes participem ativamente dos assuntos da instituição.
Todos os relacionamentos são potencialmente terapêuticos.
A atmosfera qualitativa do ambiente social é terapêutica no sentido de estar fundada numa combinação equilibrada de aceitação, controle e tolerância com respeito a comportamentos disruptivos.

Atribui-se um alto valor à comunicação.
O grupo se orienta para o trabalho produtivo e para o rápido retorno à sociedade.
Usam-se técnicas educativas e a pressão do grupo para propósitos construtivos.
A autoridade se difunde entre os funcionários e responsáveis e os pacientes.

Fonte: De Leon, citado por Kennard (1983).

Quadro 2. Características da Comunidade Terapêutica para “dependentes químicos”

Definições essenciais da CT	A CT é um grupo de pessoas que, seguindo certos princípios interpessoais salientes, venceu em larga medida o sofrimento, produzidos pelo isolamento; pessoas que têm grande capacidade e desejo de ajudar outras pessoas antes alienadas a alcançar um claro sentido de fraternidade comunitária; trata-se de uma comunidade que inclui pessoas que se viram alijadas do comunitário e sabem como ajudar outras pessoas a voltar a esse convívio.
Definições funcionais ou metodológicas	A CT proporciona limites e expectativas morais e éticas de desenvolvimento pessoal; emprega o banimento potencial, o reforço positivo, a vergonha, a punição, o sentimento de culpa, o exemplo e o modelo de comportamento para fazer que ocorram a mudança e o desenvolvimento pessoais.
Definições em termos de propósitos	A CT tem por meta desenvolver um novo eu social e uma nova autodefinição; visa ao autoaperfeiçoamento e à reinserção a partir de uma subcultura, na sociedade mais ampla; tem como alvo a reconstrução de um estilo de vida.
Definições normativas	Confiança, cuidado, responsabilidade, honestidade, autorrevelação ótima, atenção amorosa
Definições históricas	As CT têm sido caracterizadas como advindas de antigas modalidades de movimentos apostólicos, do movimento de temperança moral e da AA.
Definições estruturais	Estrutura igualitária ou hierárquica, residencial ou não residencial, com ou sem diferenciação de status, tamanho, tipos de membros, sistema aberto ou fechado, mobilidade vertical.

Fonte: De Leon e Beschner, 1977 (2003).

Os quadros 1 e 2 possibilitam evidenciar as diferenças entre ambos. Por exemplo, o modelo sintetizado na Figura 1 prevê o tratamento de forma integral, entendendo que não há uma prescrição de procedimentos *a priori* ao sujeito em sofrimento psíquico. Privilegia-se uma construção realizada de modo conjunto, valorizando-se o diálogo e a comunicação.

Esse modo de tratamento é preconizado na Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) através dos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), Casas de Acolhimento Transitório (CAT), Consultórios de Rua (CR), Centros de Convivência (CC) e outros dispositivos de uma rede estruturada em políticas públicas com vistas ao trabalho intersetorial, que produza saúde e cidadania, para pessoas com necessidades decorrentes do uso de álcool e outras drogas. Mesmo tendo sido criticado no campo da reforma psiquiátrica antimanicomial por não ter abandonado a noção medicalizante de “doença mental”, trata-se de um modelo que inspirou importantes alternativas de atenção à saúde mental mundialmente (Amarante, 2003).

As informações consolidadas na Figura 2 evidenciam as características das “novas comunidades terapêuticas”. Nota-se que, nelas, há uma inversão metodológica, em que o tratamento é pautado “na observação e correção de comportamentos inadaptados; o banimento potencial; a vergonha; a punição; o sentimento de culpa; o exemplo e modelo de comportamento etc.” (De Leon, 2003, p. 30).

Entendemos que esse tipo de proposta encontra-se na contramão do que se preconiza no tratamento do usuário de álcool e outras drogas. Questionamos a eficácia e os princípios éticos que baseiam um modelo que propõe humilhação pública e procedimentos terapêuticos que podem levar a uma dependência institucional iatrogênica. Ao ser acolhido nestas entidades, o sujeito se encontra, muitas vezes, fragilizado, vulnerável, com indisposições físicas e mentais em função do desgaste pelo uso abusivo ou dependente de substâncias psicoativas, além de possivelmente acumular a essa situação a perda de laços afetivos, conflitos com a lei e problemas no trabalho.

Além das diferenças objetivas do método de trabalho, a Figura 2 ilustra a questão da espiritualidade, que se torna algo delicado quando se trata de prestação de serviços. Ao se ofertar um serviço de atendimento a pessoas com problemas com álcool e drogas, parece-nos

controverso incluir no rol de procedimentos do usuário a demanda por problematizar sua relação com a espiritualidade como um pré-requisito institucional para o tratamento. O fato de que certa relação com a religião pode ser um fator de sofrimento para o interno precisaria ser considerada clinicamente.

Não se pretende negar o importante papel historicamente desempenhado por entidades de cunho religioso na oferta assistencial aos usuários de “drogas” em situação de abuso ou dependência de drogas no Brasil, visto cumprirem, frequentemente, o lugar que deveria ser ocupado pelas políticas públicas. Bucher (1992) afirma que elas são numerosas e representam a maioria das entidades que tratam de problemas decorrentes do abuso de drogas. Organizados com fé, convicção e, não raramente, uma abnegação que exige respeito, elas preenchem uma lacuna grave no atendimento aos dependentes de drogas e na propagação de ideias preventivas. Elas, sem dúvida nenhuma, são indispensáveis na situação atual do consumo de drogas no Brasil. Entretanto, essa assistência pode ter consequências funestas, no que tange, de acordo com Bucher (1992), “a querer salvar, querer convencer e recuperar as ovelhas desgarradas, podendo atingir, no extremo, o fanatismo messiânico de tantas seitas religiosas” (p. 323).

Nesse sentido, um dos grandes deslizes das CT atuais é, justamente, impor determinada orientação religiosa ao usuário de “drogas” ou se pretender servir de modelo, conforme sumariamos acima, tomando por base a obra de um dos intelectuais orgânicos das CT para “dependentes de substâncias”.

Essa é uma questão ética que abre brechas para questionamentos sobre a atuação dos entes federados com relação a conveniar-se com as “CT atuais”, uma vez que não se dispõe de instrumentos consolidados de controle social desses serviços. Dessa forma, ao financiar, com verba pública, um serviço de atendimento (de cunho religioso) ao usuário de álcool e outras drogas, se desrespeita o princípio da laicidade do Estado (Ranquetat, 2008). Tal princípio aponta para a necessidade de respeitar a orientação religiosa de todo e qualquer cidadão que se encontrar em atendimento, sem privilégio de qualquer seita ou credo, ou mesmo a imposição da espiritualidade como dimensão *sine qua non* para o tratamento.

Desse modo, o governo e a sociedade brasileira como um todo têm uma tarefa importante neste momento histórico no que tange à defesa do que se encontra na ordem do público: não permitir, por um lado, que a laicidade do Estado seja desrespeitada com relação à proposta terapêutica dos serviços (aspecto macro) e, ao mesmo tempo, por outro lado, que também seja respeitada a orientação religiosa daquele sujeito que é acolhido em dispositivos de atenção psicossocial (aspecto micro).

Nessa direção, o interesse do governo brasileiro em financiar serviços privados ao invés dos serviços públicos demonstra aquilo que Bucher (1992) salienta:

No conjunto, deve-se concluir que existe no país uma séria falta de instituições adequadamente equipadas em recursos humanos, materiais e financeiros para atuar na prevenção ao abuso de drogas – o que reflete sem dúvida o vácuo existente, a nível governamental, quanto a uma política nacional de drogas claramente definida e coerente. (p. 323)

Note-se que a conjuntura expressa na citação anterior, datada de 1992, é bastante atual, uma vez que não temos uma alteração substancial nas políticas de drogas contemporâneas que nos faça distingui-las claramente daquelas vigentes na década de 1990.

Um dos serviços públicos fundamentais da RAPS para o atendimento aos usuários de drogas, os CAPS ad, estão sobrecarregados e são poucos no Brasil. De acordo com o *site* do Ministério da Saúde (MS) há apenas 268 CAPS ad no país, e uma pequena parcela dentre eles funcionam 24h (<http://portalsaude.saude.gov.br/index.php/cidadao/acoes-e-programas/conte-com-a-gente/leia-mais-conte-com-a-agente/284-mais-sobre-os-servicos-disponiveis-em-saude-mental>). O “Censo das Comunidades Terapêuticas no Brasil”, acima mencionado, nos mostra que o número de CT é crescente e vertiginoso. Isso contribui para uma disputa entre os serviços, já que a Parceria Público-Privada (PPP) acaba por promover não a complementaridade de serviços, mas a suplementaridade do privado sobre o público. Entendemos que isso deslegitima a Reforma Sanitária Brasileira e, no caso dos usuários de drogas, a intrínseca relação com a Reforma Psiquiátrica e a Luta Antimanicomial.

Aliança pela vida ou a vida por alianças?

O Sistema Único de Saúde (SUS) completa, neste ano de 2014, 26 anos de sua afirmação como direito através dos artigos 196 a 200 da Constituição Federal de 1988, e 24 anos desde sua promulgação na Lei Orgânica da Saúde (LOS) através da Lei n. 8.080, de 1990. Sua ideia fundamental fica expressa de forma bastante direta no primeiro artigo, qual seja: “O SUS é direito de todos e dever do Estado”, o que corresponde ao princípio da universalidade.

Também temos como princípios norteadores do SUS, além da universalidade, a equidade e a integralidade. A universalidade é mais direta e trata da abrangência plena do atendimento, isto é, todas as pessoas, brasileiros ou não, em todo o território nacional, têm direito a terem suas necessidades de saúde acolhidas em qualquer serviço de saúde.

O princípio da integralidade, por sua vez, trata da oferta de atendimentos, isto é, o sujeito que procurar o serviço de saúde tem de ser contemplado no conjunto de suas demandas de atenção à saúde. Há o pressuposto de que a pessoa não demandará apenas o que a leva imediatamente até o serviço de saúde, exigindo contemplarem-se, em uma perspectiva ampliada do processo saúde-doença, as múltiplas dimensões que compõem o seu modo de vida: o ambiente em que habita e circula, seu estado mental e sua afetividade, as formas com que se comunica, seu contexto familiar, etc.

O princípio da equidade, por sua vez, diz, mais especificamente, em contraste com a ideia de igualdade, que todos têm o direito de serem atendidos integralmente em suas necessidades, mas que, além disso, os esforços de atenção à saúde devem ser dirigidos prioritariamente àqueles cujas necessidades são mais emergentes. Neste sentido, por exemplo, é que se considera a redução de danos e a prevenção de riscos associados ao uso de substâncias psicoativas como uma perspectiva de consolidação desse princípio, ao passo que possibilita informar sobre meios de prevenção de agravos potencialmente evitáveis. Esbarramos na incongruência entre o SUS (pela vida) e a ação governamental mineira (por alianças).

Dentre as informações oferecidas pelo depoente na entrevista que realizamos - com um operador da ação governamental “Aliança pela Vida” - nos chamou a atenção, de forma especial, a exigência feita pelas co-

munidades terapêuticas vinculadas à ação governamental de que, para ser acolhido, o cidadão precisa encontrar-se abstinente de álcool e/ou da droga da qual faz uso abusivo ou dependente.

Entendemos que essa exigência é pelas alianças (com certo tipo de dispositivo assistencial) e não pela vida (das pessoas com necessidades decorrentes do uso de álcool e outras drogas). Partir do pressuposto da exigência de abstinência para o sujeito que procura auxílio para mudar a sua relação com as drogas se torna um obstáculo real para seu acolhimento na RAPS. Não se pode negar que a substância psicoativa ocupa um lugar fundamental naquele momento para aquele sujeito, impondo uma exigência que desconsidera a singularidade da situação.

A outra fragilidade da questão da abstinência como condição para o acolhimento diz respeito à própria contradição legal: se a Lei Orgânica da Saúde diz que “a saúde é direito de todos e dever do Estado”, o acesso aos serviços de saúde também tem esse caráter, o que deve reproduzir-se na oferta de qualquer serviço público de saúde. A “Aliança pela Vida” convenia comunidades terapêuticas privadas ou filantrópicas através de financiamento público. Torna-se contraditório e, de certa forma, inconstitucional, a iniciativa de estimular os convênios enquanto proposta de ação do governo e não de realizá-los em caráter complementar, como frisa o dispositivo legal.

Nesse sentido, a “Aliança pela Vida” restringe o modo de levar a vida de seu público-alvo em nome das alianças que privilegia, visto que, para a ação governamental, vale muito mais exigir que os usuários estejam em abstinência, restringindo a capacidade de acolhimento de uma vasta população que demanda cuidados neste campo. É preciso assumir a postura de que a questão das drogas no Brasil é um problema para o qual todos os setores precisam voltar a atenção, e não apenas focalizar naqueles que conseguem manter-se abstinente face a um padrão de abuso ou dependência, que compõe uma pequena parcela dos usuários de drogas brasileiros (Bastos & Bertoni, 2013).

Segundo o entrevistado, atualmente, em seu município, existem oito pessoas internadas através da ação governamental. Além da exigência de abstinência, a outra regra colocada pelas comunidades terapêuticas conveniadas é a de que o usuário tenha como arcar com os custos da viagem de retorno ao seu município, pois o “Cartão Aliança” não prevê

que o usuário ou sua família receba valores em espécie. O quê prevê, então, o Cartão?

O “Cartão Aliança pela Vida” prevê, efetivamente, o financiamento das comunidades terapêuticas e dos familiares dos usuários de álcool e outras drogas no intuito de garantir a permanência do usuário em regime de internação. Essa proposta contradiz uma construção histórica do setor da saúde mental, que entende que prender não é tratar, ou, em outras palavras, “a liberdade é terapêutica”, e isso desde pelo menos meados dos anos 1970, quando foram deflagrados processos de desinstitucionalização do dito “louco” através da Reforma Psiquiátrica e da Luta Antimanicomial.

Evidentemente, não se trata de unanimidade, mas é forçoso reconhecer que a pauta pelos direitos humanos das pessoas em sofrimento mental vem apresentando grandes e crescentes conquistas nas últimas décadas no campo ético, político e ideológico, com reconhecimento inclusive internacional (Almeida & Horvitz-Lennon, 2010). Vários municípios do estado de Minas Gerais têm experiências locais emblemáticas na construção de alternativas no campo da atenção à saúde mental, tais como Belo Horizonte, Barbacena, Betim e Ipatinga (Braga & Lancetti, 2010; Nilo et al., 2010). A organização da Frente Mineira sobre Drogas e Direitos Humanos, por exemplo, mostra a arregimentação de força política e discursiva na resistência à entrada de propostas, como a “Aliança pela Vida” (frentemineirasobredrogasedh.wordpress.com).

Entretanto, em um estado com 853 municípios, há de se considerar que, diante da grande pressão local exercida pelas comunidades por uma resposta imediata à questão do uso abusivo e dependente, em uma parte considerável dessas cidades o recurso praticamente exclusivo da internação em comunidades terapêuticas será estimulado por meio da “Aliança pela Vida”. Não se trata de culpabilizar as gestões municipais, mas de compreender as contingências que contribuem para que vários dos municípios mineiros façam adesão à essa ação governamental. Ocorre que a arregimentação da resistência às políticas higienistas tem de se enfrentar com a capilaridade da presença do Estado na vida cotidiana das populações, em uma correlação de forças francamente desigual, à qual inclusive os gestores municipais acabam por se curvar.

Nessa direção, considerando-se as históricas conquistas da Reforma Psiquiátrica Brasileira e da Luta Antimanicomial no estado de Minas Ge-

rais, é preciso considerar o caráter regressivo em termos das conquistas no plano dos direitos sociais do “Aliança pela Vida”. Por exemplo, nessa ação governamental, atribui-se aos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) tão somente a responsabilidade pela confirmação diagnóstica da dependência química e pelo encaminhamento do dependente a uma das entidades credenciadas, tornando-se intermediários burocráticos do processo de tratamento dos usuários. Pode-se aventar que um dos possíveis efeitos deste lugar é o esvaziamento da função central da atenção clínica especializada realizada pelos CAPS enquanto componentes da RAPS.

De acordo com o ‘Cartão Aliança pela Vida’, são atribuições do poder municipal: a) receber as solicitações de inscrição dos usuários interessados em tornarem-se beneficiários da ação e manter o cadastro dos participantes atualizado; b) indicar um profissional de Saúde mental que será referência no atendimento do beneficiário; c) garantir a referência e contra referência do usuário no tratamento; d) garantir o acompanhamento a cada 45 dias aos residentes das comunidades terapêuticas, beneficiários do Cartão Aliança pela Vida; e) viabilizar, quando necessário, avaliação clínica que embasa a necessidade de prorrogação do tratamento por prazo superior a 90 dias; f) garantir a visita da família ao residente, garantindo no mínimo uma visita mensal, respeitando o Projeto Terapêutico; g) reportar à Secretaria de Estado de Saúde qualquer indício de irregularidade; e h) unir material e divulgar informações sobre o programa.

Torna-se iminente, então, o acompanhamento e a fiscalização da implantação dessa ação governamental. É notório que a ação governamental “Aliança pela Vida” institui facilidades para a criação de espaços para “tratamento de usuários de álcool e outras drogas” por meio da subvenção das famílias e dos próprios serviços, abrindo brechas para que novas comunidades terapêuticas sejam implantadas sem critérios técnicos mínimos. Visto que o processo necessário para se implantar CAPS e para a construção da RAPS é permeado por um extenso aparato jurídico-político, a ênfase a medidas imediatistas parece mais uma forma de apresentar alguma resposta político-institucional à questão ao invés da construção de serviços territoriais que visem um tratamento que garanta cidadania e emancipação ao usuário.

Nesse sentido, essa estratégia se mostra atraente aos municípios mineiros, uma vez que mais da metade deles tem população igual ou

menor que 20 mil habitantes, sendo necessário, muitas vezes, o consórcio intermunicipal para que os usuários dos serviços de saúde mental, por exemplo, possam ser atendidos em microrregiões e cidades-pólo. Como no caso da “Aliança pela Vida”, a gestão é de responsabilidade municipal, os recursos disponibilizados pelo “Cartão Aliança pela Vida” tornam-se a panacéia para o atendimento dessa população, visto que o município deixa de empenhar recursos com os consórcios intermunicipais e passa a receber verba pública para a criação e manutenção de pequenos asilos, não mais para os loucos, mas para usuários de álcool e outras drogas.

Considerações finais

O que se tem acompanhado em Minas Gerais e em todo o Brasil é a ênfase na criação de espaços, e não serviços, para tratamento ao usuário de álcool e outras drogas, privilegiando a internação como recurso. Tais espaços estão na contramão das conquistas dos movimentos de Reforma Psiquiátrica e Luta Antimanicomial brasileiros, visto que descaracterizam o norte que vinha sendo dado para as políticas nacionais de atenção ao sujeito em sofrimento mental, seja o sofrimento decorrente diretamente do uso de drogas ou não.

Isso se torna mais evidente quando se observa o esvaziamento da Política de Redução de Danos e dos Consultórios de Rua ao passo que as comunidades terapêuticas ocupam uma centralidade entre os dispositivos de atenção. As estratégias de atenção devem concentrar-se na construção de redes acolhedoras das pessoas com necessidades decorrentes do uso de álcool e outras drogas, independentemente do padrão de uso, na direção da construção da equidade, visto as diversas relações possíveis do sujeito com as substâncias psicoativas.

Dessa maneira, é preciso denunciar os riscos de retrocesso das políticas sobre drogas no país em comparação com as conquistas alcançadas pela Reforma Psiquiátrica Brasileira, invertendo a direção que vem sendo dada aos trabalhos com relação à população usuária de álcool e outras drogas. Dentre os riscos encontra-se o de serem fortalecidas ações higienistas, tendo em vista a realização da Copa do Mundo com sede no Brasil em 2014.

Resgatar a memória das conquistas da luta antimanicomial em nosso país implica em resistir às investidas neoliberais e seguir em frente com a luta pelo direito, pela justiça e pela cidadania daqueles que morreram sofrendo com esses serviços e daqueles que sofrem e sofrerão pelos abusos de poder quando não há resistência e luta coletiva em prol da vida digna.

Referências

- Almeida, J. M. C. & Horvitz-Lennon, M. (2010). Mental health care reforms in Latin America: An overview of mental health care reforms in Latin America and the Caribbean. *Psychiatric Services*, 61(3), 218-221.
- Amarante, P. (2003). *Loucos pela vida. A trajetória da reforma psiquiátrica no Brasil* (2ª ed.). São Paulo: Fiocruz.
- Bastos, F. I. & Bertoni, N. (Coords.). (2013). Estimativa do número de usuários de crack e/ou similares nas Capitais do País. Acesso em 28 de dezembro, 2013, <http://infograficos.estadao.com.br/especiais/crack/perfilusuarios.pdf>
- Braga, F. C. & Lancetti, A. (2010). *Experiências da Reforma Psiquiátrica*. São Paulo: Hucitec.
- Bucher, R. (1992). *Drogas e Drogadicção no Brasil*. Porto Alegre: Artes Médicas.
- Comissão Especial destinada a promover estudos e proposições de políticas públicas e de Projetos de Lei destinados a combater e prevenir os efeitos do Crack e de outras drogas ilícitas – CEDROGA. (2011). *Propostas para políticas públicas sobre drogas no Brasil [Relatório Final]*. Brasília, DF: Autor. Acesso em 28 de dezembro, 2013, em <http://www2.camara.leg.br/atividade-legislativa/comissoes/comissoes-temporarias/especiais/54a-legislatura/politicas-publicas-de-combate-as-drogas/arquivos/relatorio-do-dep.-givaldo-carimbao>
- Conselho Regional de Psicologia da 6ª Região (Org.). (2012). *Álcool e outras drogas*. São Paulo: Autor. Acesso em 28 de dezembro, 2013, em <http://www.crpsp.org.br/portal/comunicacao/livro-alcool-drogas/crpsp-alcool-e-outras-drogas.pdf>
- Decreto n. 7.179, de 20 de maio de 2010. (2010). *Institui o Plano Integrado de Enfrentamento ao Crack e outras drogas, cria seu comitê gestor, e dá outras providências*. Brasília, DF: Presidência da República.
- De Leon, G. (2003). *A comunidade terapêutica: teoria, modelo e método*. São

Paulo: Loyola.

- Delgado, P. G. G. et al. (2007). Reforma psiquiátrica e política de saúde mental no Brasil. In M. F. Mello, A. A. F. Mello, & R. Kohn (Orgs.), *Epidemiologia da saúde mental no Brasil* (pp. 207-223). Porto Alegre: ArtMed.
- Dias, A. G. C. (2013). A gestão por trás do “Choque de gestão”: um estudo da reforma gerencial no Governo de Minas Gerais (2003-2012). In VI Congresso Nacional de Secretários de Estado da Administração (pp. 1-24). Acesso em 15 de dezembro, 2013, em <http://consadnacional.org.br/wp-content/uploads/2013/05/225-A-GEST%C3%83O-POR-TR%C3%81S-DO-CHOQUE-DE-GEST%C3%83O-UM-ESTUDO-DA-REFORMA-GERENCIAL-NO-GOVERNO-DE-MINAS-GERAIS-2003-2012.pdf>
- Karam, M. L. (2014). Proibição às drogas e violação de direitos fundamentais. Acesso em 15 de dezembro, 2013, em <http://www.leapbrasil.com.br/>.
- Lei n. 10.216, de 06 de abril de 2001. (2001). Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental. Acesso em 15 de dezembro, 2013, em http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/leis_2001/l10216.htm
- Lei n. 10.708, de 31 de julho de 2003. (2003). Institui o auxílio-reabilitação psicossocial para pacientes acometidos de transtornos mentais egressos de internações. Acesso em 15 de dezembro, 2013, http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/2003/l10.708.htm.
- Ministério da Saúde. (2003). *A Política do Ministério da Saúde para a Atenção Integral a Usuários de Álcool e outras Drogas*. Brasília, DF: Autor. Acesso em 15 de dezembro, 2013, em http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/pns_alcool_drogas.pdf
- Ministério da Saúde. (2006). *Política Nacional de Promoção da Saúde*. Brasília: Autor. Acesso em 15 de dezembro, 2013, em http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_promocao_saude_3ed.pdf
- Nilo, K., Morais, M. A. B., Guimarães, M. B. L., Vasconcelos, M. E., Nogueira, M. T. G., & Abou-Yd, M. (Orgs.). (2008). *Política de Saúde Mental de Belo Horizonte: o cotidiano de uma utopia*. Belo Horizonte: Secretaria Municipal de Saúde.
- Portaria n. 336, de 19 de fevereiro de 2002. (2002). Estabelece CAPS I, CAPS II, CAPS III, CAPS II e CAPS ad II. Brasília, DF: Ministério da Saúde. Acesso em 15 de dezembro, 2013, em http://dtr2004.saude.gov.br/susdeaz/legislacao/arquivo/39_Portaria_336_de_19_02_2002.pdf
- Portaria n. 52, de 20 janeiro de 2004. (2004). *Institui o Programa Anual de Reestruturação da Assistência Psiquiátrica Hospitalar no SUS – 2004*. Brasília:

- lia, DF: Ministério da Saúde. Acesso em 15 de dezembro, 2013, em <http://dtr2001.saude.gov.br/sas/PORTARIAS/Port2004/GM/GM-52.htm>
- Projeto de Lei n. 3.657*, de 12 de setembro de 1989. (1989). Dispõe sobre a extinção progressiva dos manicômios e sua substituição por outros recursos assistenciais e regulamenta a internação psiquiátrica compulsória. Acesso em 15 de dezembro, 2013, em <http://www.camara.gov.br/proposicoesWeb/fichadetramitacao?idProposicao=20004>
- Ranquetat, C. A. (2008). Laicidade, laicismo e secularização: definindo e esclarecendo conceitos. *Tempo da Ciência*, 15(30), 59-72.
- Resolução n. 3, de 27 de outubro de 2005. (2005). Aprova a Política Nacional Antidrogas. Brasília, DF: Gabinete de Segurança Institucional / Conselho Nacional Antidrogas. Acesso em 15 de dezembro, 2013, em <http://www.obid.senad.gov.br/portais/OBID/biblioteca/documentos/Legislacao/326979.pdf>

Enfrentamento ao crack: contradições e implicações sociais e econômicas de um programa governamental

Oswaldo Gradella Júnior
Jéssica Bispo Batista

Apresentação

Este trabalho tem o objetivo de identificar as contradições existentes no “Programa Recomeço”, de enfrentamento ao crack, criado pelo Governo do Estado de São Paulo (2013). Pretendemos demonstrar que este programa de saúde pública não apresenta resolutividade e nem se articula com a política de saúde mental, bem como não atende ao que é preconizado pelo Sistema Único de Saúde (SUS) como resolutividade, além de reforçar os interesses das instituições privadas, legitimando a acumulação do capital e reconstituindo a lógica excludente dos manicômios.

Este trabalho está inserido no eixo temático “Saúde” e no GT “Políticas Públicas de Saúde Mental e Atenção Básica”, pois aborda um programa de saúde mental de enfrentamento às drogas, especialmente ao crack, criado pelo Governo do Estado de São Paulo e que se tornou uma política pública. Faremos uma breve introdução, historicizando e contextualizando a utilização de substâncias psicoativas pelo homem, os elementos que tornaram essa utilização proibida e sua relação com as questões econômicas. Também observaremos como o discurso higienista e moralizante é utilizado como justificativa para as políticas públicas dominantes, bem como as que se opõem a essa lógica.

As questões relativas às ações sobre os usuários de drogas ilícitas, especialmente o crack, passa a ter dimensão nacional com as campanhas midiáticas alarmantes¹ e as campanhas governamentais como forma de

¹ As imagens da denominada cracolândia divulgadas *ad nauseum* cumprem a função de incutir o medo na população conservadora para justificar a ação de remoção e violência, característica dos agentes do Estado.

resposta a esses questionamentos. Pressionados, os gestores públicos atendem aos apelos dos grupos conservadores (ex.: Ass. Bras. de Psiquiatria - ABP) e atrasados (grupos religiosos) para financiamento de equipamentos de atenção já superados, pelo custo ou pela falta de resolutividade: as denominadas “comunidades terapêuticas”, que nada mais são do que arremedos dos hospitais psiquiátricos (Gradella, 2002, 2008, 2012). Retomam o discurso pineliano de ordem moral e o higienismo brasileiro do século XIX e XX, que tem como objetivo uma ação constante de exclusão e remoção da população em situação de vulnerabilidade.

Introdução

Para entender a situação atual, faz-se necessário compreendê-la em relação ao processo de produção tal como posto por Marx (1859/1983), ou seja, produção, consumo, distribuição, troca. Significa compreender a existência desses tipos de programas elaborados pelos gestores públicos como expressão da lógica do modo de produção capitalista (Gradella, 2010). Mandel (1977) já apontava que o Estado liberal burguês reproduz a hierarquia posta na sociedade capitalista e, assim, os interesses e a ideologia dos técnicos de alto escalão são os mesmos da classe dominante expressando os interesses da burguesia e do modo de produção capitalista.

Mais ainda, para Marx (1983), a sociedade não pode parar de consumir e, portanto, tem que produzir. Nesse processo de renovação, todo o processo social de produção é também processo de reprodução, sendo indiferente qual é o produto a ser produzido. Esse produto é a mercadoria, objeto de necessidades humanas, contendo valor de uso, que só tem valor pelo uso no processo de consumo. Porém, “a mercadoria se apresenta com duplo aspecto de valor de uso e de valor de troca” (p. 31). Para Marx (1983) “quando o valor de uso é tomado como valor de uso, não entra no domínio da economia política.” (p. 32), ou seja, são meios de subsistência. Somente quando ele próprio constitui uma determinação formal é que se manifesta uma relação econômica determinada, o valor de troca: ao modo de produção capitalista só interessa o valor de troca. É nesse processo que buscamos compreender as relações sociais e econômicas envolvendo a utilização de substâncias psicoativas e as propostas de enfrentamento por parte dos gestores públicos, especificamente em

um programa governamental para enfrentamento do crack. As drogas lícitas já se organizam na lógica econômica ditada pelo modo de produção capitalista e o mesmo tende a ocorrer com o comércio das drogas ilícitas, o que nos remete para além das questões relativas ao consumo de substâncias psicoativas.

A utilização de substâncias psicoativas na história do homem remonta ao seu surgimento, tanto para uso em rituais religiosos ou pagãos, como para obter mais energia nas atividades e longas caminhadas, ou para o uso recreativo. No Brasil, desde a sua ocupação pelos portugueses em 1500, já se tem notícias da utilização desse tipo de substância, principalmente a maconha. A proibição do uso de substâncias psicoativas são medidas recentes, a partir do século XIX no mundo e século XX no Brasil. Essas decisões de proibição não seguem nenhum critério de ordem médica, são meramente moral, o fator determinante foi as disputas econômicas entre as nações mais poderosas do período: EUA e Inglaterra. Remetiam-se ao uso de ópio pelos chineses como discurso moral e buscavam acabar com o principal comércio inglês com esse país, bem como de seus aliados europeus (Queiroz, 2008). É importante recordar que Sigmund Freud utilizou e recomendou o uso da cocaína para seus pacientes, bem como foi um dos pioneiros a experimentar e fazer registros científicos de psicoativos. Esse uso psicoterapêutico foi abandonado gradativamente por não conseguir atingir os objetivos propostos pelo psicanalista, e também pelos excessos e pela morte por overdose de uma paciente (Souza, 2012).

Foi na denominada Comissão de Xangai, em 1909, que se iniciou a proibição ao comércio e uso de ópio. O argumento utilizado pelos EUA era o de fazer um acordo na Convenção de Haia (1912) para salvar o povo chinês do vício, englobando os derivados do ópio, tal como a heroína e a cocaína, comercializados pela emergente indústria farmacêutica na Alemanha, Holanda e França (Queiroz, 2008). Os laboratórios Merck e Parke Davis comercializavam a cocaína em pó, extratos, fluidos, inaladores, sprays e tônicos (Souza, 2012).

No Brasil, a primeira proibição se dá em 1921, relacionada ao ópio e não aos seus derivados. O uso por recomendação médica não estava proibido. A proibição do uso de substâncias ficou nesse momento restrita às condições de penalização judicial, sem apresentar especificamente uma ação de intervenção médica. É importante lembrar que seu uso se restrin-

gia à boemia e nesse período não havia um sistema público de saúde para a população pobre, restava a internação em hospitais psiquiátricos. Não havia uma ação policial que fizesse especificamente a repressão ao uso das substâncias, nem havia uma estrutura organizada de tráfico dessas substâncias. Ainda foram mantidas como uso medicamentoso até os anos 1950 (Queiroz, 2008).

A utilização em larga escala das substâncias psicoativas tem início nos anos 1950/1960, com a revolução dos costumes, dos questionamentos dos valores morais, do movimento hippie, da guerra do Vietnã, ainda como forma de contestação nos movimentos *underground*, como forma de autoconhecimento, e também como uma aura mística, enfim, não estava mais restrita à boemia, mas ligava-se à contestação dos valores da sociedade capitalista (Queiroz, 2008). Por outro lado, as ações do governo americano para combater os grupos de esquerda na América Latina e América do Sul, utilizando-se dos grupos paramilitares de direita, treinados pela CIA, usava o tráfico de drogas como uma forma de fazer dinheiro para sustentar essas ações sem passar pelo Congresso. Nesse processo, esses grupos mudaram de lado e passaram a formar os cartéis de droga, tão combatidos pelos EUA. O caso do General Noriega do Panamá, publicado pela mídia, é um exemplo dessa situação (Weiner, 1993 e Augusto, 2009).

No Brasil, em função da ditadura militar, essa aura contestatória se mantém até os anos 1970, mas a partir daí a relação dos presos comuns com os presos políticos na Ilha Grande possibilita uma articulação mais elaborada do crime organizado: inicialmente assaltam bancos e posteriormente ingressam na organização do tráfico, tornando-o um comércio altamente lucrativo, incorporando o modelo capitalista de produção. O uso das substâncias psicoativas perde sua aura contestatória, torna-se mercadoria e, assim, há que se conquistar e ampliar o mercado para esse consumo (Lima, 2001). Fazendo uso da violência direta e do medo para manutenção, sua organização hierárquica se remete ao mesmo modelo empresarial capitalista que, por sua vez, utiliza-se também do medo e da violência simbólica como um requisito das empresas legais, o que adoce e mata o trabalhador assalariado (Dejours, 1988).

Essa breve contextualização procura desmistificar os conceitos relacionados ao uso de substâncias psicoativas, atribuindo-lhes uma natu-

reza que não é real. Não tratamos como um corpo estranho na sociedade, mas procuramos apontar a sua construção nas relações econômicas que têm sua sustentação no discurso médico com características higienistas e na defesa da vida, tal como posto pelos EUA em 1912. Ao Estado liberal burguês, por ser um estado de classe, cabe-lhe a função de garantir a produção e reprodução dos meios de produção em geral (Mandel, 1977). No Brasil, historicamente, a relação dos gestores públicos com a saúde da população, seja por uso de substâncias psicoativas ou outras enfermidades, tem se caracterizado predominantemente por uma preocupação: a garantia da produção e reprodução dos meios de produção e o favorecimento dos setores produtivos da área de equipamentos hospitalares e de produção de medicamentos. Desde a criação das Caixas de Aposentadoria e Pensões, em 1923, o modelo hospitalocêntrico curativo individual privatista tornou-se hegemônico na saúde, bem como sustentou a construção de vários complexos hospitalares com dinheiro da Previdência Social (Chioro & Scaff, 2006; Cunha & Cunha, 2014). A experiência de Oswaldo Cruz no Rio de Janeiro, em 1903, de caráter excludente e violento, com o uso da polícia e um descaso total com a população vulnerável e em desvantagem social, tinha como argumento principal o desenvolvimento econômico e a credibilidade dos portos brasileiros para o comércio externo. Mesmo após a criação do Sistema Único de Saúde (SUS), depois de muita luta dos movimentos sociais, inicia-se um movimento de contra reforma na saúde durante os anos 1990, capitaneado pelo discurso neoliberal (Luz, 1994). Até hoje, há muita dificuldade para a implementação definitiva do SUS.

As ações governamentais, desde a criação do Estado liberal burguês, têm como função principal assegurar o desenvolvimento do modo de produção capitalista, utilizando também o discurso médico como sustentação para as ações de exclusão e segregação. Podemos dizer que a burguesia, em seu processo de ascensão ao poder, já utilizava leis e regulamentações contra as populações subalternas: as diversas leis que puniam a vagabundagem desde o século XIV (Marx, 1859/1988), a ação do médico francês Phillipe Pinel em relação aos loucos no século XVIII (Gradella, 2008 e 2012), o já citado Oswaldo Cruz, no Brasil, no início do século XIX (Resende, 1985) e, atualmente, os programas dos governos neoliberais de SP e MG, procurando limpar o centro das cidades, espalhando a população usuária de crack e de moradores de rua em qualquer outro lugar. Aqueles que são capturados, por sua vez, são encaminhados para as denominadas

“Comunidades Terapêuticas”, os novos manicômios com a mesma lógica do hospital da era pineliana, a saber:

Pinel acreditava que o espírito perturbado podia ser reconduzido à razão com o auxílio da instituição de atendimento. Assim o ambiente do alienado desempenhava um papel capital no tratamento. Era preciso isolá-lo numa instituição especial, primeiro para retirá-lo de suas percepções habituais, aquelas que haviam gerado a doença ou, pelo menos, acompanhado seu despotar, e depois para poder controlar inteiramente suas condições de vida. Ali ele era submetido a uma disciplina severa e paternal, num mundo inteiramente regido pela lei médica. Pela ação dosada de ameaças, recompensas e consolações, e pela demonstração simultânea de uma grande solicitude e de uma grande firmeza, o doente era progressivamente assujeitado à tutela médica e à lei coletiva da instituição, ao “trabalho mecânico” e ao “policiamento interno” que a regiam. O objetivo era “subjugar e domar o alienado, colocando-o na estreita dependência de um homem que, por suas qualidades físicas e morais, fosse adequado para exercer sobre ele uma influência irresistível e para modificar a cadeia viciosa de suas ideias”. (Bercherie, citado por Queiroz, 2001)

As relações jurídicas/médicas datam do advento do capitalismo, quando as necessidades de organização da nova sociedade impuseram a esses conhecimentos uma função primordial nesse processo (Gradella, 2012). O instrumento de internação compulsória utiliza esses conhecimentos: a defesa da vida e a exclusão obrigatória do sujeito. Nenhum desses argumentos apresenta evidência científica, mas somente moral, pois a internação compulsória e a exclusão do sujeito não garantem algum tipo de resolutividade do problema, pois todas as instituições de exclusão existentes até hoje não garantiram nada disso, tal como foram os argumentos de Pinel para internar os alienados (Amarante, 2012).

O perfil dos usuários de crack, realizado pela Fiocruz (2013) de 2011 à 2013, estabelecia que ocorre superposição do uso com drogas lícitas, como álcool e tabaco. Talvez o mais adequado seja a superposição do álcool e tabaco com o crack e/ou similares, pois, ao serem consideradas drogas lícitas, são vendidas e utilizadas abertamente em nossa sociedade e também sustentam uma indústria que paga impostos e alimenta o vício e a dependência. Essa relação inusitada desvela o caráter mistificador dessa cruzada contra as drogas, pois dados de mais diversas fontes apon-

tam que o maior consumo e o maior número de mortes são relacionados ao uso de álcool, como aponta estudo da Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS) e da Organização Mundial da Saúde (OMS) (Gawryszewski & Monteiro, 2014, “Brasil”, 2014). Novamente, as relações econômicas se superpõem ao discurso do cuidado com a vida.

Por outro lado, a motivação que leva ao uso do crack tem predominância na vontade e curiosidade, seguidas da pressão dos amigos e depois dos problemas familiares e perdas afetivas. Esses dados não investigam o significado dessas respostas, mas reproduzem as relações estabelecidas no cotidiano, ou seja, são inerentes à vida. Não é possível, a princípio, organizar ações que contribuam para a diminuição de ocorrência do evento, pois a vontade, a curiosidade, os amigos, os problemas familiares e as perdas afetivas são constitutivos da existência humana. As contradições relativas à negatividade desses elementos devem ser remetidas às relações sociais violentas, competitivas e individualistas, postas pelo modo de produção capitalista. Assim, as soluções possíveis para os setores dominantes e para a burguesia são a exclusão e a internação compulsória, pois os sujeitos, ao mesmo tempo em que integram os setores não produtivos da sociedade, são aqueles que integram os setores consumidores das drogas lícitas e, principalmente, ilícitas. Ou seja, produzem lucro, produzem ideologia (hábitos saudáveis e valores morais, mesmo que em forma de negatividade) e sustentam a indústria de internação e da medicação (Fiocruz, 2013).

Os interesses econômicos sobrepujam os interesses da população, porém isso se torna mais pregnante no modo de produção capitalista, pois não importa se a produção é de alimentos ou de drogas, o que importa é como obter lucro e acumular riqueza.

Procedimentos metodológicos e discussão

A partir do referencial materialista histórico dialético (Mandel, 1977 e Marx, 1983, 1988), bem como da compreensão da doença mental enquanto produção social (Gradella, 2012), este estudo buscou analisar o programa governamental do Estado de São Paulo para tratamento dos usuários de crack e outras drogas. Recorremos à obra de Marx, aos

trabalhos que discutem a questão das drogas e também aos artigos de jornais - são aqueles que apresentam informações acerca das relações com o mercado, com as agências governamentais, as políticas de controle - bem como aos dados das instituições de pesquisa, tais como IBGE, OMS.

Segundo o Decreto n. 59.164, de 9 de maio de 2013, o “Cartão Recomeço” custeia o tratamento dos dependentes químicos em instituições credenciadas e o valor é pago diretamente à entidade, tal como explicitado no “Artigo 3º: Fica instituído o “Cartão Recomeço” com o objetivo de financiar o custeio das despesas individuais nos serviços de acolhimento para reabilitação de pessoas usuárias de substâncias psicoativas e a promoção de sua reintegração à vida comunitária em unidades de acolhimento institucional.” e no “§ 1º - O Cartão Recomeço se classifica na modalidade de transferência de renda, sendo concedido a pessoa física beneficiária deste programa e para uso exclusivo nas instituições credenciadas para esse fim.”. Essa proposição remete a um processo de privatização da atenção ao usuário de drogas, pois só é necessário financiamento e transferência de renda quando se relaciona com o setor privado, tal como os hospitais psiquiátricos, anteriores e recentes, sustentando as denominadas “comunidades terapêuticas”. Essa transferência de renda é no valor de R\$ 1.350,00 por usuário/mês.

É importante atentarmos para essa denominação, pois ela pode remeter às “comunidades terapêuticas”, que Maxwel Jones desenvolveu na Inglaterra dos anos 1950/60, com o caráter questionador e libertador dos internos em hospitais psiquiátricos da época. Também foi parte da experiência de Franco Basaglia, na Itália, no Movimento da Psiquiatria Democrática (Amarante, 1995), que contribuiu para a Reforma Psiquiátrica e para o Movimento da Luta Antimanicomial no Brasil. Salientamos ainda que, em relação às práticas desenvolvidas elas são opostas, tal como denunciado no Relatório da 4ª Inspeção aos locais de internação para usuários de drogas (2011).

Cabe aos municípios a adesão ao “Programa”, a inscrição dos usuários e a fiscalização das entidades credenciadas. De acordo com o decreto, o programa prevê a “reabilitação de pessoas usuárias de substâncias psicoativas e a promoção de sua reintegração à vida comunitária em unidades de acolhimento institucional”.

Os recentes programas governamentais de combate ao crack e outras drogas, em especial o Programa Recomeço, justificam o tratamento dos usuários por causa dos males à saúde que o uso dessas substâncias pode acarretar. Também relaciona o uso à criminalidade e à falta de critérios morais considerados como corretos pela classe dominante predominantemente conservadora. Discursos supostamente humanizadores são adotados pelo Estado e sustentados pela grande mídia em defesa de tratamentos já superados pelas propostas da Reforma Psiquiátrica, ou seja, nas unidades do Centro de Atenção Psicossocial de álcool e outras drogas (CAPS ad), na Redução de Danos, entre outras.

Estes discursos possuem uma origem ideológica na medida em que não se pautam na realidade objetiva, ou seja, nas determinações concretas que consubstanciam o uso das substâncias psicoativas. Como evidenciado anteriormente, o repúdio ao uso das substâncias psicoativas está intimamente relacionado à sua ascensão a mercadoria, pois se cria todo um mercado para a comercialização do produto, ou seja, é construído um complexo modelo de produção, transporte e distribuição baseado nas características das relações de produção capitalista. Porém, a relação que a superestrutura política e jurídica da sociedade capitalista passa a ter com a produção referida ocorre por meio dos sujeitos consumidores. Historicamente, a sociedade, de alguma forma, sempre fez o uso de algumas drogas, então a questão posta não está centrada somente no uso, mas sim nas consequências do uso neste modo de produção, o que gera demandas para os interesses do setor privado.

Há, portanto, indicativos de que tal programa é uma possibilidade de legitimar o encarceramento dos usuários, pois nas chamadas comunidades terapêuticas o acolhimento se dá pelo isolamento do sujeito da sociedade. Essas comunidades apresentam um modelo ineficaz e rejeitado pela 14ª Conferência Nacional de Saúde, pois além de ser uma nova forma de privatização da saúde, é também o retorno de um modelo que adota a lógica da abstinência e violência. O proponente do programa não apresenta justificativa, dados estatísticos ou qualquer análise do fenômeno que sustente o Programa. Nem mesmo o decreto, ou alguma avaliação das entidades privadas que tratam os usuários de substâncias psicoativas apontam para uma resolutividade desse tipo de atenção.

Porém, no Relatório da 4ª Inspeção aos locais de internação para usuários de drogas, realizado pela Comissão Nacional de Direitos Humanos do Conselho Federal de Psicologia, há denúncias de diversas instituições no Brasil. Foram inspecionadas 68 instituições e nenhuma delas atendia aos princípios da Reforma Psiquiátrica e do Sistema Único de Saúde (2011). No estado de São Paulo não é diferente, pois o Relatório demonstra que, por exemplo, a **Clínica Gratidão**, localizada em Bragança Paulista, não adota a política de redução de danos, além de os internos serem punidos diariamente com castigos físicos.

Além de atentar para as violações aos direitos humanos, constatadas nessas instituições, é necessário que a análise compreenda o problema na dinâmica da totalidade social, pois é preciso pautar o caráter das relações sociais no capitalismo para entender as contradições postas no “Programa Recomeço”. Do ponto de vista do método materialismo histórico dialético, o problema da marginalidade social, a falta de moradia, a precarização da educação, da saúde, do acesso à cultura, entre muitos outros, são (co)determinantes fundamentais para um entendimento crítico das condições objetivas da vida em uma sociedade dividida em classes sociais e marcada pela contradição entre humanização e alienação. Evidenciar a relação entre a dependência química e seu suposto tratamento em clínicas privadas, ou em comunidades terapêuticas, só expande o mercado, cujos interesses são, sobretudo, mercantis, e não de atenção e cuidado. A história demonstra que retirar o sujeito de seu lugar social e mantê-lo isolado durante meses em comunidades manicomiais que utilizam violências físicas e morais, sem uso da redução de danos, e técnicas de “tratamento” pautadas na religiosidade, é ineficaz. Tal como denunciado por Basaglia em relação aos hospitais psiquiátricos (1985) e Goffman (2001) em relação às instituições totais, essas “comunidades” não apresentam qualquer tipo de resolatividade. Conclusões semelhantes foram apresentadas no Relatório da 4ª Inspeção aos locais de internação para usuários de drogas, realizado pela Comissão Nacional de Direitos Humanos do Conselho Federal de Psicologia (2011):

A pergunta que nos orientou – sobre a ocorrência de violação de direitos humanos – infelizmente se confirmou como uma regra. Há claros indícios de violação de direitos humanos em todos os relatos. De forma acintosa ou sutil, esta prática social tem como pilar a banalização dos direitos dos internos. Exemplificando a afirmativa, registramos: interceptação e violação de

correspondências, violência física, castigos, torturas, exposição a situações de humilhação, imposição de credo, exigência de exames clínicos, como o anti-HIV – exigência esta inconstitucional –, intimidações, desrespeito à orientação sexual, revista vexatória de familiares, violação de privacidade, entre outras, são ocorrências registradas em todos os lugares. Percebe-se que a adoção dessas estratégias, no conjunto ou em parte, compõe o leque das opções terapêuticas adotadas por tais práticas sociais. O modo de tratar ou a proposta de cuidado visa forjar – como efeito ou cura da dependência – a construção de uma identidade culpada e inferior. Isto é, substitui-se a dependência química pela submissão a um ideal, mantendo submissos e inferiorizados os sujeitos tratados. Esta é a cura almejada (p. 190).

Um programa público de combate ao crack e outras drogas que apenas objetive o tratamento e, principalmente, a redução do uso dessas substâncias psicoativas possui um olhar unilateral e fragmentado, diante da totalidade do fenômeno.

Por força de cisão entre indivíduo e espécie, os indivíduos tendem a ter deles mesmos uma visão mutilada, uma vez que não se veem como *indivíduos integrados normalmente numa espécie*. Torna-se difícil compreender claramente a unidade do gênero humano, pois, pela divisão do trabalho e pela propriedade privada, passam a faltar-lhes condições que propiciem uma clara percepção daquilo que eles possuem de *comum* uns com os outros; e as diferenciações individuais passam a ser observadas *independentemente na história concreta e das condições materiais de vida dos homens*. (Konder, 2009, p. 70)

Uma sociedade marcada pela desigualdade e marginalização dos excluídos produzirá problemas de várias ordens, como a falta de moradia, de acesso à cultura, de educação de qualidade, entre outras restrições, privando os indivíduos de seus direitos mais básicos, e vistos independentes da história. Portanto, é fundamental compreender essas questões para alicerçar um entendimento crítico das condições objetivas da vida em uma sociedade dividida em classes sociais e marcada pela exploração e opressão.

Retirar o sujeito de seu lugar social e mantê-lo isolado durante meses em comunidades terapêuticas que utilizam violências físicas e morais e técnicas de “tratamento” pautadas na religiosidade é não se atentar para a dinâmica da totalidade social. O “Programa Recomeço”, ao objeti-

var o suposto cuidado aos usuários de drogas, especialmente o crack, nas comunidades terapêuticas, contribui, portanto, para a reprodução de relações sociais baseadas na violência e restrição dos indivíduos no mundo do trabalho e das objetivações humanas.

Como já apontado, no Brasil, a instauração da Reforma Psiquiátrica, com a Lei n. 10.216, avançou com os modelos substitutivos ao tratamento manicomial, com os Consultórios de Rua, os CAPSs ad, o programa de Redução de Danos, que garantem o princípio de responsabilidade para com a autonomia dos usuários, desde que fortalecidos e adequadamente implementados. O “Programa Recomeço”, na medida em que retoma o modelo de isolamento, exclusão e abstinência é um retrocesso do processo de atenção à saúde mental, previsto na Reforma Psiquiátrica. Sua diretriz política ratifica a lógica mercadológica e as possibilidades concretas de tratamento são secundarizadas. É um retorno da instituição manicomial, tal como exemplifica Delgado (1987) ao discutir a comercialização da doença mental no Brasil e retratar como eram os leitos privados dos hospitais e clínicas psiquiátricas: “Embora aparentemente ‘modernas’ em relação aos macro-hospitais públicos – lugares de violência e abandono – as clínicas da rede privada, com o crescimento geométrico das internações, validam-se de fato da mesma palavra de ordem: aos loucos o hospício!” (1987, p.178).

Para as instituições manicomiais, o lugar de louco é no hospício, para o “Programa Recomeço”, o lugar dos usuários de crack e outras drogas são nas clínicas privadas (em sua grande maioria, comunidades terapêuticas). Ambas preveem o isolamento dos sujeitos e a mercantilização dos serviços de saúde mental, pois são as comunidades terapêuticas que ganham a verba pública. Porém, o momento histórico atual consolidou a Reforma Psiquiátrica, que denunciou o modelo manicomial e garantiu outras possibilidades de tratamento com os modelos substitutivos. Então, o retorno da lógica institucional está pautado nos interesses, sobretudo políticos, econômicos e sociais, envolvidos no programa, o que contraria sua suposta finalidade: o cuidado para com o usuário e sua reinserção social.

O site do “Programa Recomeço”, na seção de perguntas e respostas, desvela essa suposta finalidade, pois constantemente explica e justifica a internação compulsória. Mais ainda, faz apologia de gestão como

os únicos preocupados com a vida desses sujeitos. Interessante perceber que esses sujeitos estão na rua há muito tempo, vivendo em condições de vulnerabilidade e não se fez nada para acolhê-los. Remete-se ao atendimento nos CAPSs, porém os mesmos são municipais e não há nenhuma fonte de financiamento do Governo Estadual para os dispositivos previstos na Lei n. 10.216, conhecida como lei da Reforma Psiquiátrica, texto originário do projeto de lei do deputado Paulo Delgado n. 3657-B de 1989.

Por outro lado, a atenção psicossocial que passa a ser adotada desde os anos 1980 é como uma forma de cuidado que possibilita a reinserção do sujeito, não como o excluído necessário à lógica do capital, mas como sujeito ativo e autônomo de sua própria história. As relações apontadas como as motivações que levaram o sujeito a utilizar as drogas ilícitas são, em uma perspectiva dialética, os lugares em que se retoma a vida, se constrói ou reconstrói o projeto de vida, ou seja, a vontade, a curiosidade, a relação com os amigos, o histórico de perdas e problemas familiares, possibilitando o aprendizado da convivência com essas relações e questões, pois elas compõem nossas vidas.

Como diz Amarante (2007), parte-se da compreensão de atenção psicossocial como um processo social complexo, que implica compreender e se relacionar com as pessoas em sofrimento mental e não apenas olhar para as suas doenças. Isso significa efetivamente conviver com as pessoas, ouvindo e conversando sobre suas angústias, suas opiniões, conhecimentos e experiências de vida, por exemplo. Dessa forma, “Atenção Psicossocial” está além de um sistema fechado com instituições e serviços de atendimento.

O relatório da Fiocruz (2013) contribui com a desmistificação do discurso pseudohumanitário do “Programa Recomeço”, que diz que tem obrigação de salvar a vida dessas pessoas. O discurso é corroborado por psiquiatras defensores das instituições de internações, pois a pesquisa apresenta que o tempo médio de uso do crack e/ou similares foi de 91 meses (aproximadamente 8 anos), contradizendo o discurso oficial e veiculado pela mídia, que é o da morte bastante rápida do usuário.

Faz-se necessário recolocar a questão das drogas ilícitas naquilo que as define como mercadoria, pois a tendência é aumentar o uso na sociedade como um todo, pela precarização das relações sociais. Há também

a questão do ganho altíssimo obtido com o tráfico de drogas, envolvendo não somente o traficante, mas também a parcela dominante da sociedade, que dela se beneficia em todos os sentidos apontados anteriormente, tornando potencial turístico e ainda produzindo tecnologia (Jornal O Globo: “Tour” (2008, p. 296) e “Bolívia” (2011, p. 1073)).

Essa constatação recoloca a questão da atenção em regime aberto e voluntário, pois para além do cuidado, possibilita que esse sujeito vá se reorganizando a partir de suas vivências objetivas, pois cabe saber se haverá outro lugar de existência que não seja a rua, se haverá um trabalho diferente do catar reciclável ou limpar a rua, enfim, algo que possibilite sair concretamente do lugar de vulnerabilidade a que está submetido.

Considerações finais

A partir das constatações deste trabalho é possível notar a falta de resolutividade de um Programa de combate ao crack e outras drogas que insiste em práticas de violência e abstinência. Enquanto os interesses políticos, sociais e econômicos pautarem a elaboração de políticas públicas de saúde não raro serão os retrocessos de conquistas sociais para oportunizar a humanização da sociedade.

O enfrentamento do uso de drogas que produz a dependência não está restrito ao aspecto moral e nem individual, mas sim às relações sociais no modo de produção capitalista que favorecem o individualismo, excluindo grande parcela da sociedade que não sobrevive à violência da exploração no trabalho e que integra a lógica da exclusão que favorece a manutenção dessas relações sociais.

Diante disso, esse trabalho pretende contribuir para a construção de um debate acerca das políticas públicas de saúde mental e para a construção de um entendimento crítico sobre as contradições postas no Programa de enfrentamento ao crack. É notável a falta de comprometimento com os serviços oferecidos à classe trabalhadora e diante dela são necessárias políticas públicas voltadas para a promoção do desenvolvimento humano em suas máximas possibilidades, sem exclusão e mercantilização dos sujeitos.

Referências

- Amarante, P. (1995). Revisitando os paradigmas do saber psiquiátrico: tecendo o percurso do Movimento da Reforma Psiquiátrica. In P. Amarante (Org.), *Loucos pela Vida* (pp. 21-25). Rio de Janeiro: SDE/ENSP
- Amarante, P. (2007). Estratégias e dimensões do campo da saúde mental e atenção psicossocial. In P. Amarante (Org.), *Saúde Mental e Atenção Psicossocial* (pp. 61-79). Rio de Janeiro: Fiocruz.
- Amarante, P. (2012). Política anticrack: Epidemia do desespero ou do mercado antidroga? Acesso 04 de abril, 2014, em <http://www.diarioliberalidade.org/component/content/article.html?id=23060:politica-anticrack-epidemia-do-desespero-ou-do-mercado-antidroga>
- Augusto, S. (2009). Espionagem e drogas, sob a batuta da CIA - Para seus objetivos, agência associa tráfico e política. Acesso 04 de abril, 2014, em <http://www.estadao.com.br/noticias/suplementos,espionagem-e-drogas-sob-a-batuta-da-cia,459633,0.htm>
- Basaglia, F. (1985). As instituições da violência. In F. Basaglia (Coord.), *A instituição negada* (pp. 99-133). Rio de Janeiro: Graal.
- Bolívia: traficantes precisam de menos folhas de coca para produzir cocaína. (2011, 01 de julho). G1 [Mundo]. *Jornal O Globo*, p. 1073. Acesso em 25 de março, 2014, em <http://g1.globo.com/mundo/noticia/2011/12/bolivia-trafficantes-precisam-de-menos-folhas-de-coca-para-produzir-cocaina.html>
- Brasil é o 5º em mortes por álcool entre países da América, diz pesquisa. (2014, 15 de janeiro). G1 [Ciência e Saúde]. *Jornal O Globo*. Acesso em 20 de janeiro, 2014, em <http://g1.globo.com/ciencia-e-saude/noticia/2014/01/brasil-e-o-5-em-mortes-por-alcool-entre-paises-da-america-diz-pesquisa.html>
- Chioro, A. & Scaff, A. (2006). *Saúde e Cidadania – a implantação do Sistema Único de Saúde*. Acesso em 03 de maio, 2006, em <http://www.consaude.com.br/downloads/saude.doc>
- Conselho Federal de Psicologia. (2011). *Relatório da 4ª Inspeção Nacional da Comissão de Direitos Humanos: locais de internação para usuários de drogas*. Brasília, DF: Autor. Acesso em 04 de março, 2013, em http://www.crpsp.org.br/portal/midia/pdfs/Relatorio_Inspecao_Direitos_Humanos.pdf
- Decreto n. 59.164*, de 9 de maio de 2013. (2013). Institui o Programa Estadual de Enfrentamento ao Crack, denominado Programa Recomeço, e dá provi-

- dências correlatas. Diário Oficial do Estado de São Paulo. Acesso em 07 de abril, 2014, em ftp://ftp.saude.sp.gov.br/ftpssesp/bibliote/informe_eletronico/2013/iels.mai.13/iels88/E_DC-59164_090513.pdf
- Delgado, P. G. (1987). Perspectivas da psiquiatria pós-asilar no Brasil (com apêndice sobre a questão dos cronicos). In S. A. Tundis & N. R. Costa (Orgs.), *Cidadania e Loucura: políticas de saúde mental no Brasil* (pp.171-202). Petrópolis, RJ: Vozes.
- Dejours, C. (1988). *A loucura do trabalho - estudo de psicopatologia do trabalho*. São Paulo: Cortez.
- Fundação Oswaldo Cruz - FIOCRUZ. (2013). Livroto Domiciliar e Livroto Epidemiológico. Acesso em 23 de setembro, 2013, em <http://portal.fiocruz.br/pt-br/content/maior-pesquisa-sobre-crack-j%C3%A1-feita-no-mundo-mostra-o-perfil-do-consumo-no-brasil>
- Gawryszewski, V. P. & Monteiro, M. G. (2014). Mortality from diseases, conditions and injuries where alcohol is a necessary cause in the Americas, 2007–09. *Addiction*, Volume 109, Issue 4, Acesso em 14 de janeiro, 2014, em <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/add.12418/pdf>
- Gradella, O. (2002). Hospital psiquiátrico: (re) afirmação da exclusão. In *Psicologia & Sociedade*, 14(1), 87-102.
- Gradella, O. (2008). Política Pública, Instituições e Saúde. In L. G. Martins (Org.), *Sociedade, Educação e Subjetividade: reflexões temáticas à luz da Psicologia Sócio-Histórica* (pp. 61- 89). São Paulo: Cultura Acadêmica.
- Gradella, O. (2012). O nascimento do capitalismo e da internação dos excluídos. *IHU On-line, Revista do Instituto Humanitas Unisinos*, 391,16-20.
- Goffman, E. (2001). *Manicômios, prisões e conventos* (7ª edição). São Paulo: Perspectiva.
- Konder, L. (2009). *Marxismo e alienação: contribuições para um estudo de conceito marxista d.e alienação* (2ª ed.). São Paulo: Expressão Popular.
- Lima, W. S. (2001). *Quatrocentos contra um - uma história do Comando Vermelho*. São Paulo: Labortexto.
- Luz, M. T. (1994). As conferências nacionais de saúde e as políticas de saúde na década de 80. In R. Guimarães & R. Tavares (Orgs.), *Saúde e sociedade no Brasil, anos 80* (pp. 131- 152). Rio de Janeiro: Abrasco/lms-UERJ/Relume Dumará.
- Marx, K. (1983). Prefácio. In *Contribuição à Crítica da Economia Política* (pp. 23- 29). São Paulo: Martins Fontes. (Original publicado em 1859)
- Marx, K. (1988). *O Capital* (Vol. 2.). São Paulo: Nova Cultural. (Original publicado em 1859)
- Mandel, E. (1977). *Teoria Marxista do Estado*. Lisboa: Edições Antídoto.
- Ministério da Saúde & Conselho Nacional de Saúde. (2012). Relatório da 14ª Conferência Nacional de Saúde. Brasília, DF: Autor. Acesso em dia 10 de março, 2013, em http://conselho.saude.gov.br/14cns/docs/Relatorio_final.pdf
- Ministério da Saúde & Ministério da Justiça. (2013). Estimativa do número de usuários de crack e/ou similares nas Capitais do País. Brasília, DF: Autor. Acesso em 25 de novembro, 2013, em <http://www.obid.senad.gov.br/portais/OBID/biblioteca/documentos/Relatorios/329534.pdf>
- Queiroz, I. S. (2001). Os programas de redução de danos como espaços de exercício da cidadania dos usuários de drogas. *Psicologia: Ciência e Profissão*, 21(4), 2-15.
- Queiroz, V. E. (2008). *A questão das drogas ilícitas no Brasil*. Monografia. Departamento de Ciências Econômicas, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, SC.
- Resende, H. (1987). Política de saúde mental no Brasil: uma visão histórica. In N. R. Costa & S. A. Tundis (Orgs.), *Cidadania e loucura - políticas de saúde mental no Brasil* (pp. 15-73). Petrópolis, RJ: Vozes.
- Souza, D. P. (2012). Como a cocaína era usada antes de ser proibida. Acesso em 15 de fevereiro, 2014, em <http://guiadoestudante.abril.com.br/aventuras-historia/revista/?edn=104Ed&yr=2012a&mt=marcom&ys=2012y>
- Tour em favela do Rio inclui papo com traficante, diz jornal. (2008, 05 de maio). G1- [Cidade]. *Jornal O Globo*, p. 296. Acesso em 05 de março, 2013, em <http://g1.globo.com/Noticias/Rio/0,,MUL452712-5606,00-TOUR+EM+FAV+ELA+DO+RIO+INCLUI+PAPO+COM+TRAFICANTE+DIZ+JORNAL.html>
- Weiner, T. (1993). *Anti-Drug Unit of C.I.A. Sent Ton of Cocaine to U.S. in 1990*. Acesso em 08 de março, 2013, em <http://www.nytimes.com/1993/11/20/world/anti-drug-unit-of-cia-sent-ton-of-cocaine-to-us-in-1990.html>

Do hospital psiquiátrico para a cidade: itinerários e experiências de sujeitos nos processos de desinstitucionalização

Ana Paula Müller de Andrade

Sônia Weidner Maluf

As transformações produzidas pela reforma psiquiátrica brasileira e os processos de desinstitucionalização dela decorrentes têm provocado mudanças na vida de inúmeras pessoas que passaram a compor o cenário da saúde mental no país. Outras configurações aparecem quanto às relações até então estabelecidas em torno da assistência psiquiátrica e suas terapêuticas diante da “doença mental”. São transformações de diferentes ordens e níveis, do coletivo ao singular, do institucional ao individual, que impactaram e/ ou afetaram muitas pessoas.

Os processos de desinstitucionalização inaugurados a partir da Reforma Psiquiátrica dizem respeito a dimensões diferentes, como o saber psiquiátrico, a doença mental enquanto produto deste saber, bem como aos regimes de subjetivação produzidos nesse campo. Além disso, se relacionam fortemente com a desospitalização, uma vez que é no espaço do hospital psiquiátrico que as práticas manicomial ganham força e materialidade.

O processo de reforma psiquiátrica no Brasil vem se desenvolvendo marcado por embates, avanços e retrocessos. Sob forte influência da experiência italiana, prevê a reformulação de saberes, fazeres e também poderes, que compõem o campo da assistência psiquiátrica. Este processo vem ocorrendo de forma heterogênea, plural e até mesmo contraditória em todo o país, como têm apontado alguns estudos, como os de Wetzel (2005), Fonseca, Engelman, e Perrone (2007), Andrade (2012), dentre outros.

A pesquisa etnográfica¹ que sustenta as discussões apresentadas teve como objetivo fazer uma análise crítica da reforma psiquiátrica brasileira do ponto de vista das pessoas que usam ou usaram os serviços de saúde mental, levando em consideração as articulações entre a política pública em torno da saúde mental e as configurações de gênero e classe. A pesquisa de campo foi realizada de abril a dezembro de 2010 na cidade de Joinville/SC, escolhida como sendo o “local” a partir de onde seria possível analisar o processo “nacional” da reforma psiquiátrica brasileira. Ainda em 2010, realizamos uma pequena incursão etnográfica na cidade de Barbacena/MG. Em 2011, foram realizadas visitas aos serviços de saúde mental nas cidades de Torino, Trieste e Gorizia, na Itália. Não se trata de um estudo comparativo, tampouco uma crítica local. Apenas buscamos, na articulação dos elementos destas diferentes realidades, ampliar nossa capacidade de análise.

Durante o trabalho de campo foram percorridos diferentes espaços e tempos que compõem o contexto da reforma psiquiátrica brasileira. Em um dos planos, que pode ser denominado como institucional, está incluído o trabalho de campo realizado nas Conferências de Saúde Mental que ocorreram no ano de 2010 em algumas cidades de Santa Catarina e no Grupo de Desinstitucionalização da Saúde Mental do Colegiado de Políticas Públicas e Atenção Psicossocial da Secretaria de Saúde do estado de Santa Catarina. Tais espaços se constituíram como espaços institucionais mais amplos. Também foi realizado trabalho de campo nos serviços públicos de saúde mental, em um grupo de autoajuda mútua e em um núcleo da luta antimanicomial na cidade de Joinville, que também podem ser considerados espaços institucionais, porém num plano diferente.

Outro plano está constituído pelas experiências singulares dos sujeitos que foram acompanhados em suas rotinas ordinárias e extraordinárias, em seus percursos pelas cidades, nos serviços, grupos e núcleos que frequentavam, em visitas feitas às suas casas, nas caminhadas que fizemos juntos, enfim, nas diferentes atividades que compartilhamos ao longo da pesquisa.

¹ A pesquisa subsidiou a tese de doutorado de Ana Paula Müller de Andrade, realizada sob a orientação de Sônia Weidner Maluf. O trabalho de campo foi desenvolvido pela primeira, o que justifica o uso da primeira pessoa em alguns trechos do texto.

O trabalho de campo não foi desenvolvido com um grupo e/ou locais específicos. Foi desenvolvido nas cidades, com pessoas que viviam ali e participavam de atividades ligadas ao “campo da saúde mental”. Ao conversar com os primeiros interlocutores, e também com outras pessoas da cidade sobre a pesquisa, eles me indicavam pessoas que julgavam que poderiam participar. Por sua vez, sabendo da pesquisa, me convidavam para participar de outras atividades e assim o trabalho foi sendo desenvolvido.

O movimento foi uma peculiaridade do trabalho de campo. No início, havia a expectativa de realizar entrevistas gravadas mediante consentimento dos interlocutores, porém, depois de algumas entrevistas, que ocorriam em paralelo com conversas estabelecidas durante as atividades, percebemos que elas não eram tão produtivas quanto as conversas em movimento e, por isso, decidimos abdicar do gravador e adotar outro *setting* para as interlocuções: a rua, as salas de atividades e outros lugares em que as conversas fluíam mais livremente. Tais movimentos eram registrados em diários de campo.

Todos os aspectos discutidos neste trabalho foram considerados a partir do ponto de vista dos “usuários” e “usuárias” dos serviços de saúde mental sobre os processos de desinstitucionalização da psiquiatria no Brasil. Tais sujeitos eram mulheres e homens adultos, a maioria pertencente às classes populares, e que estariam nos hospitais psiquiátricos caso a reforma psiquiátrica não tivesse acontecido no Brasil. Boa parte era egressa dos mesmos, outra parte, por razões diversas, era eventualmente internada nos hospitais psiquiátricos ainda existentes. Alguns sujeitos nunca tinham passado pela experiência de uma internação psiquiátrica e frequentavam os serviços de saúde mental criados após a reforma psiquiátrica.

Utilizamos a expressão usuários/as entre aspas para relativizar essa categoria tão presente no contexto da reforma psiquiátrica brasileira, assim como as de familiar do usuário e de trabalhador na saúde mental. Durante o processo da pesquisa percebemos que as categorias se diluem e/ou se transpõem nas experiências dos sujeitos. Aquele/a que é “usuário/a” pode ser familiar, aquele/a que é familiar pode ser também “usuário/a”, aquele que é trabalhador/a pode ser familiar e também “usuário/a” e, tal como percebemos, são várias as configurações possíveis.

Do conjunto das reflexões desenvolvidas destacamos aquelas que dizem respeito à complexidade dos desdobramentos dos processos de desinstitucionalização na vida dos sujeitos neles envolvidos. Conforme a análise realizada, tais desdobramentos se relacionam com os processos de subjetivação/dessubjetivação por meio dos quais os sujeitos, em suas relações, engendram estratégias micropolíticas de sujeição e resistências ao modelo biomédico. Articulam-se também com o caráter relacional, contingencial e hierárquico das posições ocupadas por tais sujeitos nos serviços de saúde mental, nas suas relações sociais e familiares e nas cidades por onde circulam.

Desdobramentos da reforma psiquiátrica: para além da desospitalização

No ano da realização da pesquisa de campo as conferências de saúde mental estavam ocorrendo em todo o país. Na Conferência Estadual de Santa Catarina, nas escadas do prédio em que ela acontecia, havia sido colocada uma faixa com a seguinte inscrição: “Não ao capsômio”. Tal inscrição fazia referência à expressão que circula entre alguns “usuários” e trabalhadores e que alerta para o fato de que nos serviços substitutivos ao manicômio (hospital psiquiátrico) podem se reproduzir práticas manicomiais.

“São antigas práticas, com novas roupagens”, é expressão corrente nas avaliações sobre alguns serviços substitutivos, bem como em encontros de militantes da luta antimanicomial e congressos científicos. Geralmente os estudiosos se baseiam no argumento de que o complexo processo de desinstitucionalização, reduzido à mera e simples desospitalização, teria contribuído para a construção de novos serviços que reproduziriam a lógica manicomial.

Entendemos ser este um ponto importante para iniciarmos nossas discussões, pois tal como na reforma italiana, no Brasil, a crítica radical foi posta sobre o local de tratamento, ou seja, sobre os manicômios e os serviços de saúde mental de caráter asilar, o que muitas vezes confundiu o processo de desinstitucionalização com o processo de desospitalização, ficando o primeiro, na maioria das vezes, reduzido ao segundo. Parece evidente que o questionamento do lugar (o manicômio) implicou no questionamento dos saberes (éticos, estéticos, políticos, dentre outros) que

ele representa e configura e, tal como entendido na perspectiva italiana, seria a partir desse lugar que a desinstitucionalização desmontaria todo o seu aparato.

Tal como é possível perceber, a reforma psiquiátrica brasileira é permeada por processos, modelos e lógicas que podem ser reconhecidos nos processos de desinstitucionalização por ela desencadeados. Entendida como o projeto político mais amplo da reforma psiquiátrica, a desinstitucionalização diz respeito a uma série de acontecimentos colocados em movimento ao longo dos últimos trinta anos, no contexto brasileiro.

O conceito de desinstitucionalização que tem fundamentado o processo da reforma psiquiátrica brasileira toma como objeto a instituição e a loucura, em seus diferentes aspectos. Tal como apresentam Rotelli, De Leonardi e Mauri (2001, p. 29), a desinstitucionalização seria “um trabalho prático de transformação que, a começar pelo manicômio, desmonta a solução institucional existente para desmontar (e remontar) o problema”. Para estes autores, a instituição asilar se constituiu a partir da separação artificial que a psiquiatria instituiu entre a existência complexa e concreta das pessoas daquilo que seria seu objeto fictício: a doença que, por esse motivo, se trata de desinstitucionalizar a doença como experiência que não é separável da existência. Argumentam:

Mas se o objeto ao invés de ser “a doença” torna-se “a existência - sofrimento dos pacientes” e a sua relação com o corpo social, então desinstitucionalização será o processo crítico-prático para a reorientação de todos os elementos constitutivos da instituição para este objeto bastante diferente do anterior. (Rotelli et al., 2001, p. 30)

Rotelli (2001) sugere operar, dentro dos processos de desinstitucionalização, com dois conceitos: o de “instituição negada”, como sendo “o conjunto de aparatos científicos, legislativos, administrativos, de códigos de referência e de relações de poder que se estruturam em torno do objeto ‘doença’” (p. 90); e o conceito de “instituição inventada”, como aquela que vai atender os objetivos de superação daquela negada, tendo por base a “existência sofrimento de um corpo em relação ao corpo social” (p. 91). É importante destacar que o autor toma como objetivo maior do processo a desinstitucionalização da loucura, a partir da qual ele deveria ser desencadeado. A expressão instituição negada foi cunha-

da por Franco Basaglia e desenvolvido em seu livro de mesmo nome, no qual descreve e reflete sobre a prática anti-institucional realizada em Gorizia.

Os argumentos de Basaglia et al. (1994) quanto às práticas anti-institucionais dizem respeito à ideia de que o processo de desinstitucionalização não deveria se transformar em uma nova proposta, um novo modelo, como pode ser percebido em seu comentário sobre a experiência no hospital psiquiátrico de Gorizia. Para eles

A substituição de um modelo de referência esquemático por algo que não se limite a ser um não modelo, mas que queira ter em si a possibilidade de pôr-se como antimodelo, capaz de destituir a possibilidade de acomodar-se em novos esquemas de referência, contrapostos aos tradicionais. (Basaglia et al, 1994, p. 11)

A atualidade do argumento de Basaglia et al. (1994) emerge da inscrição na faixa da Conferência e remete à necessidade de reflexão sobre os desdobramentos dos processos de desinstitucionalização desencadeados pela reforma psiquiátrica brasileira. Quais modelos, lógicas e processos têm constituído os (nem tão) novos serviços?

Os processos de desinstitucionalização do sofrimento de pessoas que, em algum momento, por razões diversas, foram capturadas pelo saber/poder psiquiátrico (Foucault, 2006) faz supor que para pensar a desinstitucionalização seria necessário desinstitucionalizar a própria psiquiatria, enquanto campo de conhecimento homogêneo, tido como dominante e instituidor de práticas. A psiquiatria tradicional, como alguns autores têm tratado, teria que ser substituída por um saber mais relativizante, instaurador de mais questões do que respostas, tal como sugeriram Basaglia et al. (1994): a psiquiatria como “uma anticiência (se por ciência se entende uma ideologia que se encontra sempre a confirmar os valores da classe dominante)” (p. 12). Basaglia (1969/1985) colocou tal questão nos seguintes termos:

A despsiquiatrização é, até certo ponto, o nosso *leitmotiv*. É a tentativa de colocar entre parênteses todos os esquemas, para ter a possibilidade de agir em um território ainda não codificado ou definido. Para começar é necessário negar tudo que está à nossa volta: a doença, o nosso mandato social, a nossa função. (Basaglia, 1969/1985, p. 29)

A ideia de que é possível um movimento contrário à psiquiatria tradicional é herdeira da antipsiquiatria, liderada por Laing e Cooper, na Inglaterra, durante a década de 60. Tais autores fizeram a crítica ao saber médico-psiquiátrico enquanto saber tutelar e evidenciaram a ineficácia deste saber para o tratamento, em especial, da esquizofrenia. A crítica feita pela antipsiquiatria é posta, sobretudo, sobre a forma pela qual o saber psiquiátrico percebe a loucura e, assim, introduz neste campo a ideia de que a loucura é uma manifestação ante o mundo e, por isso, não deve ser tratada quimicamente, mas sim em processos de transformação social.

Esta é uma questão importante no processo de desinstitucionalização, visto que, no contexto da reforma psiquiátrica brasileira, é possível perceber que a ênfase do movimento que deu origem ao processo se localizou mais na crítica ao espaço do hospital psiquiátrico (cujas razões pragmáticas a justificam), ficando a crítica aos poderes e saberes instituídos colocada em segundo plano.

No livro *Beyond the wall / Oltre i muri* (Toresini & Mezzina, 2010), os autores apresentam as experiências de desinstitucionalização no contexto europeu, mostrando as possibilidades de criação de práticas voltadas para a vida na sua totalidade e que mantenham os direitos das pessoas com algum mal estar psíquico, valorizando suas experiências para além da “doença”. As experiências apresentadas mostram como cada país tem enfrentado seus processos de desinstitucionalização, bem como alguns desafios a serem enfrentados, como: a manutenção da lógica manicomial que perdura apesar da criação de novos serviços, a reificação do lugar do “doente mental” e o pouco reconhecimento das contradições presentes nas instituições.

Basaglia (1967/1997) já havia alertado sobre a necessidade de desinstitucionalização, argumentando que:

O “mau” doente, cuja tutela deveria ser reservada a um sistema carcerário, corre o risco de tornar-se um “bom” doente que tenta se reintegrar – por meio de novas estruturas terapêuticas – à sociedade, porém, conservando intacto o sistema de privilégios, prevaricações, medos e preconceitos que a caracteriza. Isso, mediante um complexo de instituições que continuam a garanti-la e preservá-la da diversidade que a doença mental ainda representa. (p. 22, tradução livre)

A partir do alerta de Basaglia, a desinstitucionalização se ampliaria para os mais diferentes âmbitos, para além das instituições asilares e se situaria no contexto mais amplo da reforma psiquiátrica, que ao avançar em seu processo, de alguma maneira institui novos modos de subjetivar a experiência do sofrimento mental, diluindo e disseminando outras maneiras de lidar com a loucura.

Do ponto de vista dos interlocutores da pesquisa pensamos que, ao menos para alguns, diferentes dimensões da desinstitucionalização são visíveis. Para alguns significa mudanças objetivas, como poder cuidar-se em casa. Para outros, o processo de reforma psiquiátrica significa a ampla participação em espaços políticos e públicos onde podem fazer uso da palavra e expressar suas opiniões. No entanto, tais espaços nem sempre garantem o protagonismo dos mesmos.

As próprias conferências de saúde mental, das quais participam representantes do Estado, profissionais e usuários, são espaços de disputa e de relações complexas de poder. São colocados em jogo vários elementos que mobilizam os participantes de diferentes maneiras. As possibilidades de expressão, entendimento e participação não deixam de estar atravessadas pela condição historicamente construída dos sujeitos tidos como ‘loucos’ e suas (im)possibilidades. Na Conferência Estadual citada acima, por exemplo, ao entender que a plenária não estava compreendendo o que um “usuário” estava falando, outro “usuário” disse à plenária: “você têm que entender, né? Isso aqui é uma conferência de saúde mental!”, destituindo de sentido a fala do outro.

Não queremos dizer com isso que os “usuários” não protagonizam suas vidas, mas que são permanentemente deslocados da condição de sujeitos e, mesmo no contexto das transformações da reforma psiquiátrica, tal protagonismo e condição são conquistados arduamente por eles nos processos de desinstitucionalização, como veremos nas discussões a seguir.

(Des)Subjetivações, poderes e protagonismos em disputa

“eu tenho surto, mas eu lembro de tudo. Tudo, tudo, desde que eu era criança.” (Fabrício, “usuário”)

Quase um apelo, uma afirmação de que apesar dos surtos, Fabrício se mantém na posição de sujeito. Como nessa afirmação, tantas outras conversas permitiram perceber que a sujeição aos diagnósticos psiquiátricos, não inviabiliza o protagonismo destas pessoas, mas, como ensina Judith Butler (1997), é a partir do assujeitamento, nunca de forma exaustiva, que se constituem as condições a partir das quais o sujeito pode existir e resistir. Se ele é sujeitado pelo poder biomédico, no caso dos sujeitos ditos sem razão, é aí que se colocam as possibilidades para que haja resistência e potência. Isso é perceptível em algumas experiências de desinstitucionalização em que se visibilizam as possibilidades de constituição de modos de subjetivação capazes de escapar dos saberes e poderes constituídos.

Durante algumas conferências, ouvi de alguns “usuários” alegações do tipo: “o pessoal não vem cedo, todo mundo [os “usuários”] toma remédio e não consegue acordar”, “tem que entender que o cara é da saúde mental” (expressão que justificava algum comportamento entendido como em desacordo com um comportamento supostamente “normal”), ou ainda, “ele está querendo dizer que...” (expressão em geral enunciada por alguma outra pessoa que pretendia auxiliar aquele “usuário” percebido com pouca capacidade de se fazer entender) e “ele sempre faz isso...” (expressão que parecia indicar, por exemplo, a tentativa de participação como um sintoma), que pareciam reificar o lugar social dos “usuários”.

Outras vezes, pode-se perceber que há situações em que o protagonismo não só não é possibilitado pelas estratégias de poder que circulam no processo da reforma psiquiátrica brasileira, mas também é eventualmente impedido, especialmente quando as disputas são mais intensas, como nas conferências de saúde mental. Durante a pesquisa, alguns interlocutores falavam que o protagonismo dos “usuários” era um “protagonismo de hora marcada” e, em alguns momentos do trabalho de campo foi possível perceber isso. Por exemplo, em uma conferência de saúde, a pergunta de uma participante, cujo discurso não correspondia à lógica dos presentes, foi desconsiderada, ainda que fosse, do nosso ponto de vista, uma pergunta bastante pertinente ao palestrante, questionando sua filiação política – a pergunta não foi respondida.

Além disso, os próprios “usuários”, confirmando os argumentos de Erving Goffman (1975) de que as pessoas fazem uso dos papéis que de-

sempenham para negociar com o mundo, afirmavam algumas diferenças na tentativa de reivindicarem espaços ou então serem reconhecidos como sujeitos de direitos. Numa das conversas com Nilza, uma interlocutora, ela relatou um episódio em que havia feito uma manifestação na frente de um serviço de saúde mental e, quando perguntada se não temia que os profissionais chamassem a polícia, considerando o caráter “vandalístico” de seu comportamento, respondeu: “eu estava ali manifestando, de manifestação. E se eles chamassem a polícia eu ia lá pro judiciário (se referindo ao hospital psiquiátrico judiciário), porque eu sou louca né? Não ia no presidio. Eu sei essas coisas aí.”

Também não foram poucas vezes que os sujeitos da pesquisa, ainda que presentes, eram invisibilizados. Tais estratégias de invisibilidade, presentes nos espaços frequentados, estavam relacionadas com o modo de considerar os “usuários” dos serviços de saúde mental como sujeitos ou não. Em vários momentos da pesquisa de campo se falava, especialmente entre trabalhadores e familiares, sobre estas pessoas como se elas não estivessem presentes.

Entendemos que esses acontecimentos estão relacionados a um regime psiquiatrizante, caracterizado por um modo de pensar, perceber e se relacionar com a experiência da radicalidade da diferença a partir da racionalidade biomédica que, além de classificatória, é também prescritiva. Além disso, tal regime, alicerçado no pressuposto do sujeito da razão, faz desaparecer qualquer possibilidade de constituição dos sujeitos que são considerados destituídos dela.

Outro aspecto importante nesta discussão é aquela apontada por Gilles Deleuze, a partir da ideia de Foucault de que o sujeito é uma variável, ou melhor, um conjunto de variáveis de enunciado. O sujeito é um dos lugares possíveis no contexto da enunciação. Como diz Deleuze (1996, p. 63): “Objetar que existem enunciados ocultos é apenas constatar que há locutores e destinatários variáveis segundo os regimes ou as condições.”

Voltando às situações em que se falava sobre eles, na terceira pessoa, com eles presentes sem que eles pudessem se manifestar, cabe destacar que isso não se deu apenas nas relações entre os profissionais e os/as “usuários/as” ou entre os familiares e os/as “usuários/as”, mas também entre os/as próprios/as “usuários/as”, estando sempre estes/as na condi-

ção de eles. Os discursos na terceira pessoa, em geral, invisibilizavam os sujeitos (primeira ou segunda pessoa).

Contudo, no decorrer da pesquisa, foi possível compreender que a identificação do sujeito com esse indivíduo enunciado em diferentes práticas discursivas não ocorre sem que sobre tais enunciados se produzam algumas resistências. Foucault (1979/2009) havia argumentado que “o indivíduo não é o dado sobre o qual se exerce e se abate o poder. O indivíduo, com suas características, sua identidade, fixado a si mesmo, é o produto de uma relação de poder que se exerce sobre corpos, multiplicidades, movimentos, desejos, forças.” (pp. 161-162).

O sujeito, tal como entendido nas sociedades complexas ocidentais contemporâneas, ainda que entendido como a construção de um sujeito individualizado, não se trata de um sujeito acabado, uma vez que, mesmo que sujeitado, como proposto por Foucault (1995), tal sujeição se dá em relações complexas de poder que estão diretamente relacionadas com relações estratégicas. Para Foucault, são tais relações que permitem que se vislumbrem as estratégias de poder como um conjunto de meios operados para fazer funcionar ou manter um dispositivo de poder. Nessas relações de poder estão implicadas estratégias de luta e resistência. Em certo sentido, Foucault sugere que para compreender as relações de poder talvez devêssemos analisar as formas de resistência destas/nestas relações e é nesse sentido que parece necessário pensar nos sujeitos em processo de desinstitucionalização.

Durante a pesquisa realizada fomos percebendo alguns deslocamentos e resistências importantes para pensar os sujeitos e suas experiências no contexto da reforma psiquiátrica brasileira e em seus processos de desinstitucionalização.

Resistências e as intensidades da experiência

Durante uma “oficina”, algumas estudantes do curso de enfermagem que estagiavam no CAPS comentaram que o próximo local do estágio seria a ala psiquiátrica do hospital geral regional. Então Vilma, uma interlocutora, se dirigindo a mim, disse: “*agora é que elas vão ver o que é lá... um dia lá na ala, uma mulher se afogou [se engasgou] na cantina. Aí veio*

a enfermeira e pegou ela assim, dos cabelos. Gritou com ela e levou ela pro quarto. Não são gente lá. Até eu, que sou louca, sei que qualquer um pode se afogar.”.

Vilma, uma mulher, branca, pertencente às classes populares, casada e mãe de três filhos, tinha aprendido, dentre outras coisas, a relativizar os lugares reservados aos “loucos”, já que até ela que era “louca” sabia que qualquer um poderia se afogar. Além disso, diante de suas experiências nos diferentes serviços de saúde mental, reconhecia que existiam diferenças entre eles. Anunciava com sua fala a relevância da experiência de estar nesses lugares para entendê-los, pois no seu entendimento “*agora é que elas [as estagiárias] iam ver o que é lá*”.

Das reflexões que foram possibilitadas pela interlocução com os sujeitos da pesquisa, bem como com a literatura escolhida, também pudemos fazer alguns deslocamentos desses lugares comuns no contexto da reforma psiquiátrica brasileira. Um desses deslocamentos fez com que passássemos a denominar tais sujeitos como “experientes” ao invés de “usuários” e “usuárias”, como apresentado em Andrade (2012). A expressão “experientes” diz respeito ao fato de entendermos que as experiências que conduzem estes sujeitos aos serviços, bem como os “usos” que fazem dos mesmos, os constituem e constituem os serviços. Relaciona-se também com a instituição em um modo de relação capaz de considerar com seriedade as experiências destas pessoas e seus pontos de vista e, nesse sentido, com a possibilidade de atribuir um estatuto epistemológico ao conhecimento produzido por elas.

Por afinidade teórica e necessidade conceitual, o sujeito tido como “louco” foi entendido neste trabalho como o personagem que tem o encargo simbólico de corporificar a loucura, tal como apresentado por Pelbart (1990). Já para muitos dos interlocutores da pesquisa, ser louco é ter uma experiência crítica, passageira, relacionada à doença e da qual geralmente é acometido o “outro”.

Durante as conversas desenvolvidas no trabalho de campo, alguns relatos mostraram como tal experiência é interpretada pelos “usuários” e “usuárias”. Um deles, do qual não soube o nome nem a história, pois o conheci numa conversa paralela numa das reuniões em que participei, disse, num misto de dúvida e entendimento, que os remédios que tomava poderiam prejudicar sua saúde: “*eu nem sei se vou viver até os 75 anos,*

a pessoa assim, né? Eu tomo seis comprimido de noite... não é só do físico assim... é assim da cabeça... esquecimento.”.

Além desse comentário, outros relatos mostravam como a “loucura” poderia ser reconhecida e, em geral, estava associada a experiências mais críticas. Miguel, um interlocutor com história de longas internações psiquiátricas, se referindo às pessoas que deveriam ir para o hospital psiquiátrico, disse: “Quando o cara tá assim bem ruim, mas bem ruim mesmo, aí ele tem que ir lá pro psiquiátrico né? Mas aí é porque ele tá louco mesmo.”.

Já Nilza, outra interlocutora, que havia sido diagnosticada como esquizofrênica, falando de uma amiga sua e de suas experiências nos serviços de saúde mental, disse: “mas é que a Luisa é diferente, ela é bem esquizofrênica mesmo, ela fica bem ruinzinha, mas é que ela é bem... bem esquizofrênica mesmo.”. Essa intensidade de ser “bem...bem”, “ser mesmo” era a diferença entre elas e, de certa forma, ia ao encontro das valorosas discussões feitas por Canguilhem (1966/2006) a respeito do *continuum* entre o normal e o patológico.

Evidenciava-se assim, do ponto de vista dos/as “usuários/as”, uma diferença de intensidade das experiências com a “loucura” sendo ela, em geral, situada na radicalidade da diferença. Introduz-se aí outro ponto de vista, em que os “loucos” são identificados pela intensidade de suas experiências, redefinindo, assim, as categorias nosográficas apresentadas pelo modelo biomédico. Para ser louco não basta estar ruim, é preciso estar “bem, bem ruim” ou “bem ruim mesmo”. É a adjetivação de grau superlativo absoluto que denota tal condição, é preciso estar “muito” ruim “mesmo”.

Para nossos interlocutores, suas experiências de maior ou menor intensidade os tinham conduzido aos serviços de saúde mental (alguns aos hospitais psiquiátricos) e, ainda que não se reconhecessem como “loucos”, essa era uma condição de difícil resolução. Fátima Alves (2010) concluiu, a partir do ponto de vista dos sujeitos de sua pesquisa desenvolvida no norte de Portugal, que tais pessoas são divididas em três categorias: “os doentes, os fracos e os fortes (de personalidade). Os doentes têm uma doença inscrita no corpo e no caráter moral. Os fracos podem ficar doentes. Os fortes ‘sofrem’” (Alves, 2010, p. 62).

Na etnografia desenvolvida no bairro Monte Cristo, em Florianópolis/SC, sobre a disseminação do diagnóstico de depressão entre as classes populares, pudemos perceber que a mesma era tida como uma experiência que podia acometer qualquer pessoa, sendo “um estado comum que qualquer pessoa pode atravessar em algum momento da vida, pois se deve a situações de difícil solução, e para cuja mitigação a conversa e o desabafo com uma vizinha ou amiga podem contribuir” (Andrade, Monteiro, & Tornquist, 2010, p. 119).

Além disso, entre nossos interlocutores, a experiência com tais aflições nem sempre foi interpretada a partir do modelo biomédico, estando tais interpretações muito mais próximas do modelo dos nervos proposto por Duarte (1988). Tal autor argumenta que entre as classes trabalhadoras urbanas brasileiras predomina outro modelo, diferente da racionalização biomédica e psicológica, que ele denomina dos nervos ou nervoso, ou físico-moral. É representante de um conjunto de perturbações que abrangem dimensões diferentes da vida dos sujeitos. Tal modelo está ordenado por valores e princípios próprios da cultura destas classes e se desenha pelas concepções de mundo, de perturbação e de subjetividade que estão implicitamente presentes na compreensão do que tem sido denominado como “saúde mental”.

Contudo, tais interpretações são ambivalentes, em especial quando se trata da reivindicação e/ou negociação com o mundo, o que esteve presente em vários momentos da pesquisa. Em um momento do trabalho de campo, participei de uma discussão que acontecia entre familiares e “usuários/as”, em que tal ambivalência transitava sobre a dúvida de como a pessoa com alguma experiência de aflição deveria apresentar-se aos demais, se falando abertamente sobre tal experiência ou não. A discussão começou porque um dos integrantes (“usuário”) do grupo fazia naquele momento um “trabalho” de divulgação da saúde mental nos ônibus interurbanos da cidade. O “trabalho” desenvolvido voluntariamente por ele tinha como objetivo divulgar os serviços de saúde mental da cidade e consistia na informação verbal sobre os mesmos bem como sobre suas experiências com eles. Além disso, ele distribuía folhetos com a listagem dos serviços de saúde mental do município e seus respectivos endereços.

Alguns argumentavam que não expor suas experiências evitava o risco da estigmatização e de preconceitos por parte dos demais e, den-

tre outras coisas, diziam “*pra que falar antes de tudo? Ninguém se apresenta dizendo: oi, eu sou um diabético. Isso só aumenta o preconceito*”. Outros argumentavam sobre a possibilidade de falar abertamente sobre o assunto, pois entendiam que assim ajudariam a romper um tabu. O responsável pelo “trabalho”, em determinado momento da discussão, disse: “*eles veem eu, assim... bem, e aí já veem que não tem nada de mais ser esquizofrênico*”.

Tal ambivalência também esteve presente de maneira menos explícita, mas não menos significativa, em outras circunstâncias, estando relacionada, em muitas situações, à interpretação da condição de sujeito protagonizada por cada um. Em outro momento da pesquisa uma das interlocutoras comentou: “*olha isso, se tu olhar assim pra mim nem diz que sou louca... mas quando a pessoa tem problema, pode não parecer, mas tem*”.

No entendimento de Mateus, um interlocutor, essa ambivalência também se dava pelas características deste tipo de adoecimento. Segundo ele, “*um grande problema da saúde mental é esse, não tem como ver se a pessoa tá ou não tá, então tem muita gente que não faz o tratamento pra melhorar, faz o tratamento pra se manter no benefício*”.

No nosso entendimento, as justificativas dos argumentos acima estão relacionadas ao modo como tais pessoas, tidas como loucas, são vistas e se veem no contexto em que circulam. Apesar das transformações já discutidas nas políticas de saúde mental, o sujeito louco, objeto dessas transformações, parece seguir ocupando o mesmo lugar no imaginário social, que é o da marginalidade, do desvio, ou como disseram Félix Guattari e Suely Rolnik (2008), a “carta fora do baralho”. Para tais autores:

ao transformar a loucura em doença, classificada no quadro de uma nosografia e confinada em espaços médicos, o saber psiquiátrico produz tanto a identidade de tais pessoas quanto o ponto de vista desde o qual a sociedade as vê e com elas se relaciona. No jogo de cartas marcadas instituído pelo dispositivo da psiquiatria, o “louco” é para sempre uma carta fora do baralho. (Guattari & Rolnik, 2008, p. 416)

Alguns relatos revelaram o quanto a transformação cultural proposta no conjunto das mudanças na assistência psiquiátrica no país ainda encontra dificuldades, em especial na consideração da figura do “louco”, não apenas como a “carta fora do baralho”, mas também como a carta “pe-

rigosa” do baralho. Segundo alguns interlocutores, isso aparece de diferentes maneiras em suas experiências, como mostram os relatos a seguir.

“*Eles têm medo. No dezoito de maio [dia nacional da luta antimanicomial quando, em geral, se realizam atividades de rua] eu fui falar com o policial assim... pra ele entender né?!? Eu disse pra ele que quando fosse transtorno mental não precisava de polícia. Aí ele falou assim pra mim: “ah e se o cara tá com uma faca”. Eles têm medo.*” (relato de Daniel)

“*sabe, um dia eu tava chorando, tinha me incomodado muito mesmo... assim, de ficar assim. Aí eu cheguei lá no [serviço de saúde mental] e o guarda viu eu assim e ficou tremendo. Imagina se eu chego lá quebrando tudo que que ele ia fazer.*” (relato de Nilza)

“*da outra vez eu fui lá no [serviço de saúde], aí eu fui assim, pedi um copo de água e aí ele [o guarda] trouxe assim o copo e largou assim na mesa [gesticula para mostrar como ele havia colocado o copo na mesa, mantendo distância dela]. Ele tava era com medo. Sabe, eu fui maltratada lá.*” (relato de Nilza)

Além dos relatos, em que tais sujeitos conseguiram explicitar a evidência da manutenção do lugar do louco no imaginário social como personagem perigoso, acreditamos que situações mais sutis se fazem presentes no contexto atual, como fez perceber Cila, enquanto contava sobre uma experiência que teve num serviço público onde lhe pareceu que as pessoas não queriam atendê-la e faziam poucos esforços para tal. Ela disse: “*eu tô aqui conversando contigo né?! Não tô agressiva. Assim eu conversei com elas lá, tava assim, igualzinha.*” [sua expressão era de indignação, ao reclamar do atendimento que recebeu].

Também André, um interlocutor, disse de maneira crítica: “*As pessoas têm muito preconceito. Eu vou te contar, assim os vizinho de rua eles têm eu como se fosse... eles não chegam a conversar comigo assim... se eu tô no ponto de ônibus*”.

Estes relatos e outras situações vividas enquanto acompanhava alguns interlocutores pelas ruas das cidades mostram como são grandes os desafios para a superação de preconceitos próprios de uma racionalidade manicomial. Entretanto, como pudemos perceber, tais acontecimentos, apesar de excludentes e perversos, não despotencializam seus alvos.

Entre os interlocutores percebemos que não havia a negação da experiência de sofrimento, mas sim uma resistência à incorporação desse encargo de ter que incorporar a loucura, como sugerido por Pelbart (1990). Tal fato foi exemplificado na fala de Mariana, outra interlocutora, que durante uma conferência disse ao público: *“Eu não sou louca, eu tenho problemas como toda sociedade tem. Se botar eu no manicômio, tem que botar toda sociedade junto.”*

Em uma das conversas com André, que havia criticado o preconceito das pessoas, ele contou sobre sua experiência e sobre como e porque acreditava ter começado a ter problemas mentais, que denominava como o momento que tinha *“começado a variar”*. Disse: *“quando entrava dentro do ônibus para ir embora, se eu olhava pra você por exemplo...se tu ficava olhando pra mim eu já ficava achando... “sai daqui”, eu pensava... Parecia que você tava olhando pra mim, me xingando, me chamando de louco. Aí eu botava as mãos no ouvido... “mas eu não sou louco”, eu pensava...aí olhava para outro, tava olhando pra mim. Eu ficava assustado, vontade de sair gritando dentro do ônibus... Como? Eu não sou louco!... Aquela coisa ruim”* (fragmento do Diário de Campo).

Neste e em outros relatos foi possível perceber que a figura do louco se constitui somente nas relações dos sujeitos com o mundo, pois segundo o relato de André, sua experiência de sofrimento era composta pelos significados que socialmente são construídos sobre o louco e a loucura. Em outras partes da conversa que tivemos isso também ficou evidente, em especial, quando ele contou sobre um dia em que estava em um grupo do qual costumava participar e, conversando com um colega, ouviu um conselho do mesmo, que lhe disse: *“se tu não fizer as coisas assim, assim, assado o pessoal vai achar que tu é louco para o resto da vida.”* Ele prossegue contando: *“aí eu fiquei assim pensando... será que eles tão achando que eu sou louco?... meu deus, será que o pessoal tá achando que eu sou louco?... Fiquei com aquilo ali, guardado.”*

Para ele, assim como para a maioria das pessoas que compuseram a pesquisa, ser louco é uma condição longínqua, ou então momentânea, que vai além da experiência singular de algum sofrimento, mas é constituída na relação com o coletivo, nunca fora dele. Para algumas destas pessoas, o fato de ser percebido pelos demais como louco pode também fazer parte do modo como os demais vão se rela-

cionar com elas e é nos espaços-tempos das cidades que tais relações se acentuam.

A desinstitucionalização na cidade

Um dos pressupostos da reforma psiquiátrica brasileira e que guiou a criação dos serviços de saúde mental era que, diferente dos hospitais psiquiátricos, estes fossem constituídos no território, ou seja, nos espaços onde as pessoas vivem, circulam, realizam suas trocas materiais e simbólicas. Tal pressuposto levou em consideração não apenas o caráter aberto dos serviços, mas também o fato de que as pessoas que frequentam os locais tendem a perder seus laços sociais em função de suas experiências e, estando tais serviços mais próximos de sua moradia, ajudaria no acesso destas pessoas aos mesmos e também possibilitaria a abertura à população das cidades.

Entendemos que os serviços criados a partir do processo da reforma psiquiátrica foram pensados dentro da organização das cidades, mas o êxito de suas ações de maior ou menor inserção e integração com as mesmas depende das possibilidades micropolíticas que vão sendo constituídas na medida em que vão conseguindo abrir, mais ou menos, suas portas, não apenas para que as pessoas tenham acesso mais facilitado aos serviços, mas, sobretudo, pela oportunidade que, de dentro deles, as pessoas possam ocupar as cidades.

É um movimento complexo esse de ampliar as portas de saída e restringir as de entrada. Quase um impasse. A necessidade de garantir o acesso das pessoas aos serviços de saúde abertos requer a criação dos mesmos, por sua vez a ampliação cada vez maior destes serviços pode representar a constituição de espaços de exclusão, caso eles tendam ao fechamento em si mesmos.

Foi pelas cidades, estes espaços aos quais atribuímos sentido, que fomos conhecendo não apenas as redes de nossos interlocutores, mas também as pessoas com quem eles conviviam, a forma como ocupavam os tempos e espaços, tal como discutido em Andrade (2012). Além disso, a possibilidade de todos esses movimentos permitiu contrastar as possibilidades de circulação desencadeadas pelo processo da reforma psiquiátrica

com as impossibilidades do confinamento às quais são submetidos os sujeitos quando internados no hospital psiquiátrico.

Assim, dizer que as cidades foram impactadas pelas transformações desencadeadas pela reforma psiquiátrica brasileira significa dizer que elas não criaram apenas novos espaços institucionais, mas, sobretudo, que abriram possibilidades de circulação, de construção de itinerários, terapêuticos ou não, enfim, espaços de construção e consolidação de cidadania.

A possibilidade de circulação pelas cidades é uma das consequências que o processo da reforma psiquiátrica desencadeou, ativando movimentos diversos. Por meio destes movimentos que os sujeitos criam suas estratégias micropolíticas, aberturas, linhas de fuga (Deleuze & Guattari, 1995) e vão constituindo modos de subjetivação capazes de subverter os saberes, poderes e fazeres instituídos hegemonicamente.

Se antes o destino dos “usuários” era o hospital psiquiátrico, o que garantia a ordem na cidade, com as transformações na assistência psiquiátrica essa garantia de ordem foi ao menos ameaçada. As pessoas, fora dos hospitais psiquiátricos, podem constituir suas redes sociais, estabelecer vínculos, pois têm o trânsito garantido, não sem tensões.

O trânsito é tenso, não é possível ter dúvidas quanto a isso. Uma tensão discreta, que nem sempre se percebe explicitamente, mas que com um pouco de atenção fica evidente, nos olhares, nas expressões faciais (que se mesclam entre o julgamento e o preconceito) e também verbais além, é claro, do evitamento por parte das pessoas da cidade. “É melhor não dizer nada, nem olhar...” sussurraram entre si duas senhoras que estavam aguardando o ônibus no mesmo ponto em que eu e Estela, uma “usuária”, conversávamos e também aguardávamos o ônibus. O comentário delas se referia ao fato de Estela ter se dirigido a elas fazendo um comentário sobre os carros que passavam, o que para elas foi inesperado e inusitado. Cabe dizer que Estela é uma mulher, negra, gorda, que não tem boa parte dos dentes e, além de seu tom de voz ser alto, ela movimenta suas pernas involuntariamente. Além disso, como tem poucas condições financeiras suas roupas nem sempre estão em bom estado. Não questionei as senhoras sobre o comentário que elas haviam feito, mas é fácil deduzir que o estranhamento delas não era apenas com relação ao que Estela havia dito, mas ao que ela anunciava com seu corpo, sua cor, seu sexo, enfim, sua “loucura”.

Em outra ocasião fui com alguns “usuários” conhecer a casa onde passaria a funcionar o serviço de saúde mental que frequentavam. Saímos todos juntos do serviço atual para pegarmos um ônibus interurbano no ponto de ônibus mais próximo. No interior do ônibus nada além dos olhares, também comuns quando entram grupos conversando. Chegamos à frente da casa e os olhares que pareciam constranger alguns eram os da moradora da casa do lado oposto da rua que, num misto de indignação e muito preconceito, nos olhava da janela de sua casa. Percebendo tal situação, um deles disse rindo: “*ihh agora eles viram que aqui vai ficar cheio de louco*”.

A trabalhadora que também acompanhava tal visita contou sobre as dificuldades de alugar casas para os serviços de saúde mental em função da vizinhança, que na maior parte das vezes se opõe à instalação. Essa situação não é privilégio de uma cidade ou outra, mas parece ser uma dificuldade comum, que revela o caráter segregador da racionalidade herdeira do higienismo, tal como discutido por Foucault (1979/2009).

A dinâmica das cidades reflete também suas histórias, suas memórias e suas culturas. Além disso, os movimentos das pessoas são marcados por estes aspectos e vão constituindo outras cidades possíveis; essas cidades que as pessoas vão articulando através de suas estratégias de vivência, convivência e também sobrevivência.

Entendemos que essas relações estabelecidas na e com a rua, ou melhor, na cidade, são possibilitadas por uma lógica capaz de escapar aos saberes, poderes e fazeres, pois são constituídas pelas estratégias micropolíticas dos sujeitos que as constroem, sempre de forma dialética com a dimensão macro, como foi discutido neste trabalho.

Reforma, reformas e revoluções da assistência psiquiátrica brasileira

Para finalizar nossas discussões gostaríamos de salientar que, diante do processo de múltiplas reformas realizadas cotidiana e incessantemente pelos sujeitos que produziram e até hoje mantêm um conjunto de transformações no campo da assistência psiquiátrica no Brasil, talvez fosse mais adequado denominá-lo “reformas”, tal como sugeriu Fonseca et al. (2007), ou então, revoluções. Revoluções das pessoas nas suas experiências de vida, em seus contatos com o campo da saúde mental e seus ser-

viços, em seus trânsitos pelas cidades, nos processos de (des)subjetivação e, sobretudo, de subversão dos mesmos.

Um aspecto importante nesse sentido diz respeito ao fato de que existem movimentos minoritários capazes de subverter regimes hegemônicos de subjetivação por parte dos sujeitos que frequentam os serviços de saúde mental instituídos pela atual política de saúde mental no Brasil e que são esses movimentos que tensionam a rede de cuidados em saúde mental. Trata-se, então, de questionar como os diferentes saberes se inscrevem na vida de inúmeras pessoas que, estando ou não em instituições asilares, se institucionalizam, nas práticas de saúde, nas suas experiências cotidianas e em tantos outros processos que dominam os modos de subjetivar na contemporaneidade.

As reflexões produzidas no diálogo com tais sujeitos nos mostraram a importância de pensar em como os conceitos de “saúde”, “doença mental”, “sofrimento” e “loucura” são discutidos e ressignificados pelos sujeitos no contexto dos serviços de saúde mental criados a partir da reforma psiquiátrica. Faz pensar também nas maneiras de deslocar (e quais seriam os movimentos necessários para isso) o foco da doença para o sujeito que sofre, deslocando inclusive os próprios sujeitos de seus lugares comuns e, boa parte das vezes, naturalizados da reforma da assistência psiquiátrica no país.

Também foi possível perceber que, no contexto pesquisado, os processos de (des)subjetivação estão marcados pela predominância do modelo biomédico. Tais processos ora apreendem os sujeitos, revelando seu potencial de dessubjetivação, ora são subvertidos pelos mesmos, através de rupturas, resistências e subversões que instituem linhas de fuga de um regime que tende a capturá-los.

No conjunto das transformações desencadeadas pelo processo da reforma psiquiátrica brasileira, encontram-se estratégias singulares que não necessariamente atendem as normativas e as demandas do modelo biomédico. Elas configuram experiências diversas, como foi possível perceber ao longo do trabalho de pesquisa.

Por fim, cabe dizer que, no contexto pesquisado, a realidade da reforma psiquiátrica brasileira não deixa dúvidas sobre a inversão do modelo assistencial da saúde mental, bem como dos esforços para a superação

da lógica manicomial. São inúmeras experiências, atividades, práticas e discursos que cotidianamente vêm tentando romper e superar o manicômio, em suas diferentes feições.

Referências

- Alves, F. (2010). Racionalidades leigas sobre saúde e doença mental: um estudo no norte de Portugal. In B. Fontes & E. M. M. Fonte (Orgs.), *Desinstitucionalização, redes sociais e saúde mental: análise de experiências da reforma psiquiátrica em Angola, Brasil e Portugal* (pp. 25-69). Recife: Ed. Universitária UFPE.
- Andrade, A. P. M. (2012). *Sujeitos e(m) movimentos: uma análise crítica da reforma psiquiátrica brasileira na perspectiva dos experientes*. Tese de Doutorado, Programa de Pós Graduação Interdisciplinar em Ciências Humanas, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, SC.
- Andrade, A. P. M., Monteiro, M., & Tornquist, C. S. (2010). Velhas histórias, novas esperanças. In S. W. Maluf & C. S. Tornquist (Orgs.), *Gênero, saúde e aflição: abordagens antropológicas* (pp. 69-132). Florianópolis: Letras Contemporâneas.
- Basaglia, F. (Coord.). (1985). *A instituição negada. Relato de um hospital psiquiátrico* (2ª ed.). Rio de Janeiro: Edições Graal. (Original publicado em 1969)
- Basaglia, F. (1997). *Che cos'è la psichiatria?* Milano: Baldini & Castoldi. (Original publicado em 1967)
- Basaglia, F., Basaglia, F. O., Casagrande, D., Jervis, G., Comba, L. J., Pirella, A., Schittar, L. & Slavich, A. (1994). Considerações sobre uma experiência comunitária. In P. Amarante (Org.), *Psiquiatria Social e Reforma Psiquiátrica* (pp.11- 40). Rio de Janeiro: Fiocruz.
- Butler, J. (1997). *The Psychic Life of Power: Theories in Subjection*. Standford: Standford Univ. Press.
- Canguilhem, G. (2006). *O normal e o patológico*. Rio de Janeiro: Forense Universitária. (Original publicado em 1966)
- Deleuze, G. (1996). *O mistério de Ariana*. Lisboa: Vega.
- Deleuze, G. & Guattari, F. (1995). *Mil Platôs. Capitalismo e Esquizofrenia*. Rio de Janeiro: Ed. 34.
- Duarte, L. F. D. (1988). *Da vida nervosa nas classes trabalhadoras urbanas*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar.

- Fonseca, T. M. G., Engelman, S., & Perrone, C. M. (2007). *Rizomas da reforma psiquiátrica: a difícil conciliação*. Porto Alegre: Sulina / UFRGS.
- Foucault, M. (1995). O sujeito e o poder. In H. Dreyfus & P. Rabinow (Orgs.), *Michel Foucault, uma trajetória filosófica: para além do estruturalismo e da hermenêutica* (231-249). Rio de Janeiro: Forense Universitária.
- Foucault, M. (2006). *O poder Psiquiátrico*. São Paulo: Martins Fontes.
- Foucault, M. (2009). *Microfísica do poder*. Rio de Janeiro: Graal. (Original publicado em 1979)
- Goffman, E. (1975). *A representação do eu na vida cotidiana*. Petrópolis, RJ: Vozes.
- Guattari, F. & Rolnik, S. (2008). *Micropolítica: cartografias do desejo*. Petrópolis, RJ: Vozes.
- Pelbart, P. P. (1990). Manicômio mental — a outra face da clausura. In A. Lancetti (Org.), *SaúdeLoucura 2* (pp.130-138). São Paulo: Hucitec.
- Rotelli, F. (2001). A instituição inventada. In F. Rotelli, O. D. Leonardis, & D. Mauri (Orgs.), *Desinstitucionalização* (pp.17-59). São Paulo: Hucitec.
- Rotelli, F., Leonardis, O. D., & Mauri, D. (Orgs.). (2001). *Desinstitucionalização*. São Paulo: Hucitec.
- Toresini, L. & Mezzina, R. (2010). *Beyond the walls / Oltre i Muri. Deinstitutionalization in European best practices in mental health / La deistituzionalizzazione nelle migliori pratiche europee di salute emntale*. Merano: Edizioni Alpha Beta
- Wetzel, C. (2005). *Avaliação de serviço de saúde mental: a construção de um processo participativo*. Tese de Doutorado, Programa de Pós-graduação em Enfermagem, Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, SP.

Dispositivos de liberdade? Relações entre medicalização, saúde mental e atenção básica no Brasil

Carlos Alberto Severo Garcia Junior

Felipe Augusto Tonial

Magda do Canto Zurba

Introdução

O presente texto trata sobre um fenômeno contemporâneo, que vem sendo reconhecido como medicalização da vida (Caponi, 2009). Para além da utilidade empírica já conhecida dos avanços de usos de medicamentos na vida cotidiana, a medicalização da vida - de modo amplo - pode ser entendida como uma estratégia biopolítica de controle da vida social e da pessoa em sua singularidade.

Em nossa pesquisa, o objetivo geral é analisar os possíveis dispositivos, no exercício de liberdade, existentes na relação entre medicalização da vida e Atenção Básica, como política pública na ordenação das redes de atenção à saúde. O objetivo específico é compreender as aproximações e os distanciamentos entre os agentes envolvidos nos tensionamentos entre a vida pública e a vida privada - como resultado de cruzamentos entre relações de poder e saber.

Tem-se, neste estudo, a noção de dispositivo, que parte da seguinte concepção: o que caracteriza um dispositivo é sua capacidade de irrupção naquilo que se encontra bloqueado de criar, é seu teor de liberdade em se desfazer dos códigos que procuram explicar, dando a tudo o mesmo sentido. O dispositivo tensiona, movimenta, desloca para outro lugar, provoca outros agenciamentos. Ele é feito de conexões e, ao mesmo tempo, produz outras. (Benevides, 1996, p.104)

Tem-se como campo de inserção e análise a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), uma política pública relacionada ao Sistema Único de Saúde (SUS), que se propõe ao acesso universal e contínuo a serviços de saúde caracterizados como a porta de entrada preferencial do sistema, com território adscrito de forma a permitir o planejamento e a atuação descentralizada. É formada por um conjunto de ações que abrange a promoção e proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação, a redução de danos e manutenção da saúde com o objetivo de desenvolver uma atenção integral que impacte na situação de saúde e autonomia das pessoas e nos determinantes e condicionantes da saúde e das coletividades (Ministério da saúde, 2012).

De tal modo, propomos interrogar as práticas de liberdade possíveis no campo analisado, norteados pelos seguintes questionamentos: Como a liberdade pode ser exercida no contexto da saúde pública brasileira? Podemos pensar liberdade quando há numerosas e diversificadas técnicas para obter a sujeição dos corpos e o controle da população? Seria, portanto, uma liberdade de controle de gestão da vida ou um controle de liberdade pela gestão da vida?

Metodologia

Trata-se de um percurso permeado de inserções profissionais e acadêmicas em tempos diferentes, frestas e pontos que foram subsidiados pelo cotidiano de serviços de saúde e questões disparadas por trabalhadores e usuários de saúde. Nesse sentido, utilizamos a abordagem cartográfica como aproximação metodológica, trazendo a experiência e as afecções dos profissionais envolvidos na análise. Portanto, a “experimentação”, em tempo gerúndio, caracteriza-se como um acúmulo de registros, diários e inscrições, circunscritos a partir de observações, intervenções individuais e coletivas, encontros extemporâneos entre trabalhadores e usuários em serviços de saúde pública.

Desvendar um método de investigação capaz de exprimir um movimento inacabado, trabalhando com um objeto em movimento, dispara um desafio. Uma cartografia, método formulado por Gilles Deleuze e Félix Guattari, entende que o método não está pronto, mas é capaz de revelar pistas para se praticar um caminho de investigação. Como afirmam Kastrup

& Barros (2009): “a cartografia é um procedimento ad hoc, a ser construído caso a caso” (p. 76). As mesmas autoras ponderam: “Numa cartografia o que se faz é acompanhar as linhas que se traçam, marcar os pontos de rupturas e de enrijecimento, analisar os cruzamentos dessas linhas diversas que funcionam ao mesmo tempo” (Kastrup & Barros, 2009, p. 91).

De tal modo, a cartografia permite problematizar a posição do pesquisador e do ato de pesquisar, a pesquisa é um campo de experimentação, “atravessado pelo regime da sensibilidade. Não existe um campo constituído a priori e um pesquisador neutro em relação a ele, operando uma “coleta de dados” - como se os dados estivessem prontos, esperando o momento ‘certo’ para serem coletados” (Zambenedetti & Silva, 2011, p. 457). É o encontro com as ferramentas conceituais e o campo que modificam tanto o pesquisador quanto o campo de investigação, por isso, se constitui um “ponto de entrada” para o campo, permitindo um percurso delineado pelos caminhos e pelas possibilidades das entradas/passagens/saídas, isto é, um campo mutante em que os “dados” e suas análises são construção do próprio ato de pesquisar. Assim, de acordo com Deleuze “escrever é lutar; escrever é vir-a-ser; escrever é cartografar, **‘eu sou um cartógrafo’**” - [grifo nosso], referente à fala de Foucault em 1975 - (Deleuze, 2005, p. 53).

Além das influências cartográficas, as concepções de Gaston Bachelard (1996) contribuem para a elaboração de “sucessivas aproximações teóricas”, que nos permite a tarefa de colocar a cultura científica em mobilização, substituindo o saber fechado e estático por indagações dialéticas sobre o conhecimento. Assim, vale a pena mencionar que a noção de “obstáculo epistemológico” proposto por Bachelard (1996) contribui para nossa tarefa cartográfica.

A medicalização da vida: linhas e relações entre governamentalidade e biopoder

A medicalização da vida pode ser entendida como eco do processo de intervenção do saber médico e dos saberes “psi” como uma função política sobre a vida da população, isto é, o domínio da intervenção em saúde extrapola o uso de medicamento, não se limitando às enfermidades e à “arte da cura”, ocupando um lugar cada vez mais importante nos me-

canismos administrativos e de governo do Estado, voltando-se para vida em geral (Castro, 2009).

Foucault (1979/2013, 1964/1999) foi um dos primeiros pesquisadores a discutir a questão da medicalização da vida. Esta pode ser entendida, resumidamente, como um controle - do saber médico, especialmente - sobre a vida da população. Alicerçados sobre o argumento da cientificidade, os saberes que compõem o rol de técnicas e procedimentos culminam por produzir movimentos de homogeneização das condutas na sociedade. Não obstante, precisamos considerar que existe também um forte lobby das indústrias farmacêuticas nessa configuração. Uma recente pesquisa no Brasil (Chieff & Barata, 2010) identificou, por exemplo, como funcionam os esquemas de introdução de novos medicamentos no mercado consumidor através de ações judiciais no SUS (Sistema Único de Saúde), sob a alegação de garantia de direitos. Em suas conclusões, as autoras apontam que:

“Esse comportamento parece corroborar a estratégia para a introdução de uma ‘inovação’. Inicialmente o produto é apresentado em eventos científicos, de preferência por meio de palestras ou conferências de um profissional de prestígio na especialidade. Em seguida, alguns médicos passam a prescrevê-lo. Os pacientes orientados pelos próprios médicos ou por associações de portadores da patologia, freqüentemente subsidiadas pelas indústrias farmacêuticas, procuram a via judicial para obter garantia de acesso”. (Chieff & Barata, 2010, p. 428)

Embora exista, de fato, não apenas utilidade e importância destes saberes ao trabalho em saúde e os comportamentos ou ambientes de risco sejam uma realidade cada vez mais latente em países em desenvolvimento, podemos ver que os movimentos que primam pela medicalização da vida, muitas vezes indiscriminada, têm gerado uma excessiva posição de heteronomia dos profissionais de saúde na sua relação com a população. Infelizmente, as práticas e intervenções, por vezes, caem num intervencionismo vertical e impositivo. Os profissionais tendem a usar conhecimentos técnico-científicos que obliteram outros possíveis movimentos que, em determinados contextos, poderiam ser mais efetivos na prática do trabalho em saúde, seja individual ou coletiva.

A saúde, neste escrito, é entendida como um campo de saberes e poderes, compreendida num conjunto de elementos de governamentalidade

que encontram na Saúde Coletiva - expressão empregada para denominar um conjunto de práticas e de saberes que entende a saúde como um fenômeno social - um terreno fértil para práticas de liberdade.

A constituição da Saúde Coletiva como campo do saber e espaço de prática social foi demarcada pela construção de uma problemática teórica fundada nas relações de determinação da saúde pela estrutura social, tendo como conceito articulador entre teoria e prática social, a organização social da prática médica, capaz de orientar a análise conjuntural e a definição das estratégias setoriais de luta. (Fleury, 1997, p. 25)

Foucault cunha o termo governamentalidade para referir-se “ao objeto de estudo das maneiras de governar” (Castro, 2009, p.190), encontro entre as técnicas de dominação exercida sobre os outros e as técnicas de si. Governamentalidade é um:

conjunto constituído pelas instituições, os procedimentos, análises e reflexões, os cálculos e as táticas que permitem exercer esta forma bem específica, embora muito complexa, de poder que tem por alvo principal a população, por principal forma de saber a economia política e por instrumento técnico essencial os dispositivos de segurança. Em segundo lugar, por ‘governamentalidade’ entendo a tendência, a linha de força que, em todo o Ocidente, não parou de conduzir, e desde há muito, para a preeminência desse tipo de poder que podemos chamar de ‘governo’ sobre todos os outros – soberania, disciplina – e que trouxe, por um lado, o desenvolvimento de toda uma série de saberes. (Foucault, 2004/2008, pp. 143-144)

No Estado moderno, governamentalidade articula os conceitos de biopolítica e biopoder que, juntos, têm como função exercer poder sobre a vida, de cada sujeito e da população, visando normalizá-los e normatizá-los. É neste encontro entre a governamentalidade, a biopolítica e o biopoder que inserimos a reflexão proposta neste trabalho, tendo a medicalização e os saberes que a compõem como uma estratégia biopolítica.

Quando Foucault explora o conceito de biopoder, define este como uma “tomada de poder sobre o homem enquanto ser vivo, uma espécie de estatização do biológico” (Foucault, 1997/2005, p. 286). Para chegar a essa conclusão, o autor analisa o poder soberano, no qual a teoria clássica da soberania pressupõe que o rei detinha o direito sobre a vida e sobre a morte de seus súditos, assim como de seus bens, podendo se apropriar

destes (Foucault, 1976/2011). Ter o direito da vida e da morte é definir que ele pode causar a morte e deixar viver, como no caso das guerras, nas quais o soberano poderia exigir que seus súditos dessem suas vidas pela segurança do rei. É, em outras palavras, um direito de expor a vida à morte e pressupõe que o súdito, no fundo, não é nem vivo e nem morto (Foucault, 1997/2005). Estar vivo ou morto depende da vontade do soberano e o poder sobre a vida só é exercido no momento em que o soberano decide pela morte¹.

Foucault (1976/2011) argumenta que após o poder soberano surge no Ocidente um tipo específico de poder destinado a “produzir forças, a fazê-las crescer e a ordená-las mais do que a barrá-las, dobrá-las ou destruí-las” (p. 148). Tirar a vida passou a ser apenas uma parte deste poder e este começa a se apoiar em especificidades que gerem vida, ordenando-se a partir de seus reclames, sendo necessário preservar a vida e não tirá-la. Este tipo de poder se desenvolveu de duas formas: uma anátomo-política do corpo humano, vinculada ao poder disciplinar, e uma biopolítica da população, vinculada ao biopoder. A primeira toma o corpo humano como máquina, sendo necessário adestrá-lo, em suas aptidões e forças, tornando-o mais útil e dócil. A segunda toma o ser humano como uma espécie, um corpo-espécie, um corpo vivo com diferentes processos biológicos: nascimento, proliferação, mortalidade e assim por diante. A biopolítica pressupõe uma massificação dos corpos, portanto volta-se para as populações. Já a anátomo-política do corpo pressupõe uma individualização, voltando-se para corpos individuais. Estes são os dois polos sobre os quais se voltou a organização do poder sobre a vida. “A velha potência da morte em que se simbolizava o poder soberano é agora, cuidadosamente, recoberta pela administração dos corpos e pela gestão calculista da vida” (Foucault, 1976/2011, p. 152). A função deste poder não é mais tirar a vida, mas investir nela. A vida, portanto, é tomada pelo poder e surge o que ele considera como uma sofisticação do governo que não somente disciplina, mas regula e não se dirige ao corpo do indivíduo, mas às populações (Castro, 2009).

¹ Foucault (1976/2011) discute que o poder soberano deriva do patria potestas, uma forma de poder que concedia ao pai da família romana o poder absoluto sobre a vida de seus filhos, argumentando que a diferença entre o poder soberano e o patria potestas reside justamente na forma incondicional e absoluta de poder que era exercida neste. O poder soberano era exercido quando, de alguma forma, a vida do soberano se encontrava exposta, ou quando inimigos queriam derrubá-lo ou contestar seus direitos. Assim, o poder soberano não é absoluto, está condicionado à sobrevivência deste como tal e à sua defesa.

A disciplina [poder disciplinar] tenta reger a multiplicidade dos homens, na medida em que essa multiplicidade pode e deve redundar em corpos individuais que devem ser vigiados, trinados, utilizados, eventualmente punidos. E, depois, a nova tecnologia [biopoder] que se instala se dirige à multiplicidade dos homens, não na medida em que eles se resumem em corpos, mas na medida em que ela forma, ao contrário, uma massa global, afetada por processos como o nascimento, a morte, a produção, a doença. (Foucault, 1997/2005, p. 289)

O biopoder é, então, um poder que investe sobre a forma como a vida deve ser vivida, construindo estratégias, tecnologias e técnicas que administrem a vida da população. Neste escopo, surge a biopolítica, que é “entendida como uma maneira pela qual se busca racionalizar os problemas colocados para a prática governamental dos fenômenos próprios de uma população, tais como: saúde, higiene, natalidade, longevidade, raça” (Castro, 2009, p. 60). Foucault define que este movimento foi “a entrada da vida na história” (Foucault, 1976/2011, p. 155), quando os fenômenos próprios da vida da espécie humana entraram na malha do saber e do poder, configurando diferentes técnicas políticas. Não se trata de sustentar que a vida até esse momento não tivesse tido contato com a história, ao contrário, podemos ver nitidamente esse encontro nas epidemias, na fome da população em tempo difíceis. Não obstante, é em tal momento que se começa a desenvolver conhecimentos e tecnologias sobre a vida em geral da população que permitem certo domínio sobre a vida, organizando e ampliando seus processos para controlá-la e ampliá-la.

Entretanto, o surgimento da biopolítica só foi possível por alguns saberes e práticas que emergiam nesse contexto histórico. Com suas técnicas, procedimentos e métodos vemos surgir e serem incorporadas à discussão diferentes formas de conhecimento que tornaram a biopolítica uma possibilidade. Estatística, demografia, medicina, os saberes “psi” (psiquiatria, psicanálise e psicologia), dentre outros, foram e são pano de fundo e frente de batalha para diferentes ações governamentais de controle e ampliação da vida das populações.

A emergência desses saberes, sendo usados como dados para a biopolítica no campo da saúde pública, efetiva um movimento de captura na esfera de governamentalidade. Com a estatística, por exemplo, temos a capacidade de pressupor quais contornos são mais aceitáveis quando dis-

cutimos a saúde de uma população. Quando programamos as políticas de saúde do Estado, valemo-nos de diferentes dados que, a partir da incidência, afirmam identificar quais estados podem ser considerados “normais” na saúde dos indivíduos e da população.

Com a associação do conceito de normalidade ao de saúde tendemos a não apenas buscar trazer o desvio à frequência, mas também acabamos valorando o normal como o desejado em determinada sociedade e no indivíduo. Essa valoração do normal nos conduz a trabalhar com a constante do normal como algo que deve virar norma. A aproximação entre normal, norma e saúde não apenas serve para o controle da população a partir da definição do que deve ser buscado em termos de saúde, mas classifica tudo que escapa ou diverge como passível de exclusão, portanto indesejado. Assim, os movimentos singulares de cada sujeito acabam por ser obliterados. A variação que é considerada patologia ou anomalia tem uma valoração negativa e, portanto, é passível de medicalização e intervenção (Caponi, 2009).

Ademais, além de definir a normalidade, a frequência permite conjecturar e mapear os comportamentos que são considerados de risco, pois divergem da norma. Como consequência, conforme apresenta Castel (1986, citado por Caponi, 2009), temos visto uma mudança na ação a partir de intervenções terapêuticas a um gerenciamento das populações de risco. Isso acaba por trazer práticas que visam estratégias que impelem os sujeitos em questão ao exercício de um trabalho sobre si mesmos, ou seja, baseando suas vidas em condutas que primem por determinados comportamentos na produção de corpos que, vinculados à norma e ao normal, são considerados saudáveis e eficientes. Prevenção e promoção de saúde acabam caindo sob o julgo do mapeamento de risco.

Promover a saúde, quando não se trata de controlar politicamente as condições sanitárias de trabalho e de vida da população em geral, mas criar ‘hábitos saudáveis’, é uma vigilância que cada um de nós deve dirigir a si próprio, tomando como ponto de partida esta mesma identificação entre a probabilidade estatística e o real. Estas estratégias podem gerar tanto ações inócuas ou efetivamente benéficas para nossa saúde como modos de controle e exclusão. (Caponi, 2009, p. 78)

Liberdade e poder

A biopolítica está vinculada ao controle da população e de seus corpos. Nesse sentido, precisamos reservar um lugar especial à liberdade, assim como Foucault o faz. “O conceito foucaultiano de liberdade surge com base na análise das relações entre os sujeitos e na relação do sujeito consigo mesmo, as quais se denominam, em termos gerais, poder” (Castro, 2009, p. 246). Lembramos que, para o autor, o poder não é uma substância e nem uma abstração, mas sim uma prática concreta entre os sujeitos, então a liberdade só pode surgir justamente nesse encontro entre sujeitos e no encontro do sujeito consigo mesmo, já que o poder, o que controla e tolhe a liberdade, é elemento dessa relação. O exercício do poder é uma maneira de conduzir condutas e a liberdade, obviamente, só pode surgir das relações de poder.

Para Foucault (1995), não existe um sujeito que possa ser considerado livre das relações de saber e de poder. O sujeito é contingenciado pela história e produto desta e da relação que estabelece consigo mesmo. A liberdade pode ser considerada uma brecha entre as relações de saber e poder e tal movimento cabe ao sujeito fazer. Ademais, a liberdade é condição para que o poder e a ética possam existir, já que o poder só pode ser exercido sobre sujeitos “livres”, ou seja, considerando-se condições em que o sujeito possa produzir resistência ou movimentos contrários ao poder. Quanto à ética, esta é o movimento do sujeito de constituir-se a si próprio, é uma prática do sujeito sobre si mesmo.

“Práticas de si” e ética

Discutindo a questão da ética, Foucault formula a concepção de “práticas de si”. Nesta concepção, o autor está reservando um lugar da governamentalidade aos movimentos do sujeito, não delegando essa questão apenas à esfera do poder político (Estado). Em suas análises, não é apenas o Estado que tem o poder de governar a vida dos sujeitos, mas estes também o fazem – governo de si. Em suas últimas obras, voltando-se para a relação do sujeito consigo mesmo, com os outros e com a verdade, Foucault investe na concepção da vida como uma obra de arte – é

a questão da estética da existência – passando a centrar suas análises no domínio do sujeito na constituição de si mesmo como experiência (Porto-carrero, 2009). Discutindo as práticas de si no mundo helênico, romano e no cristianismo, Foucault volta-se para a questão da estética de si como resistência ao poder político.

O fenômeno “prática de si”, desde a era greco-romana, teve importância para a construção de autonomia, um exercício de si sobre si mesmo através do que se busca transformar, atingir e elaborar como modo de ser. Foucault afirma sua proposta centrada nas práticas de liberdade, para além de processos de libertação, e interessa-se na questão do problema ético da definição das práticas de liberdade. Quando indagado se o exercício das práticas de liberdade exigiria certo grau de dominação, assente. Sabe-se que Foucault dedica-se à análise sobre as relações de poder entendendo sua extensão nas relações humanas, isto é, um conjunto de relações de poder que podem ser exercidas entre indivíduos (família, pedagogia, política, etc.). O bloqueio de um campo de relações de poder (fixação e imobilidade) configura um estado de dominação. “A libertação abre um campo para novas relações de poder, que devem ser controladas por práticas de liberdade. ...Sim, pois o que é a ética senão a prática da liberdade, a prática refletida da liberdade?” (Foucault, 1994/2004, p. 267).

Liberdade e “cuidado de si”

No mundo grego-romano, o cuidado de si constitui-se como o modo pelo qual a liberdade individual era pensada como ética. Durante o cristianismo, o indivíduo passa a ocupar-se de si como uma forma de amor a si mesmo. Embora Foucault ressalte que não seja fruto do cristianismo, buscar a salvação é uma maneira de cuidar de si, muito embora isso represente a realização através da renúncia a si mesmo. Para os gregos, assim para os romanos, se cuida a vida em sua própria vida, ou seja, o cuidado está totalmente centrado em si e, desse modo, é possível uma aceitação da morte, diferentemente do cristianismo, que “ao introduzir a salvação como salvação depois da morte” (Foucault, 1994/2004, p. 273) reforça a salvação na renúncia.

Em Foucault, afirma Castro (2009), o termo “ética” faz referência, grosso modo, à relação consigo mesmo, sendo prática, um modo de ser,

um êthos. Para os gregos, o êthos seria a forma de liberdade, ao mesmo tempo uma maneira de cuidar dos outros, por isso, “o cuidado de si é ético em si mesmo” (Foucault, 1994/2004, p. 270). E, assim, um homem livre conduz um saber governar (mulher, filhos, casa, etc.), a arte de governar. Conhecimento de si é o cuidado de si, afirma Foucault, pois é impossível cuidar de si sem se conhecer, embora isso implique em conhecer regras de conduta ou princípios que são verdades e prescrições. De tal modo, mune-se de verdades e, nesse sentido, a ética está ligada ao jogo da verdade. Esclarece:

A palavra “jogo” pode induzir em erro: quando digo “jogo”, me refiro a um conjunto de regras de produção da verdade. Não um Jogo no sentido de imitar ou de representar... ; é um conjunto de procedimentos que conduzem a um certo resultado, que pode ser considerado, em função dos seus princípios e das suas regras de procedimento, válido ou não, ganho ou perda. (Foucault, 1994/2004, p. 282)

Existem, portanto, jogos de verdade. Desde a época grega, não há uma definição imperativa e definitiva desses jogos, quem diz a “verdade” são indivíduos “livres”, organizados em certo consenso e inseridos em uma rede de práticas de poder e de instituições coercitivas. Se o poder se apresenta por meio de jogos estratégicos, é necessário “distinguir relações de poder como jogos estratégicos de liberdade” (Foucault, 1994/2004, p. 285). Nesses jogos estratégicos, há indivíduos tentando determinar a conduta de outros ao mesmo tempo em que há outros tentando responder para não deixar sua conduta ser determinada em permuta da conduta dos outros (estados de dominação). Assim, tem-se entre os jogos de poder e os estados de dominação as tecnologias governamentais. Foucault, embora não esclareça, distingue os tipos de técnicas em três níveis: a) relações estratégicas; b) técnicas de governo e c) estados de dominação. Assim, “são indivíduos livres que tentam controlar, determinar, delimitar a liberdade dos outros e, para fazê-lo, dispõem de certos instrumentos para governar os outros” (p. 286).

Nesse sentido, a prática da liberdade se constitui como um trabalho do sujeito sobre si mesmo, que pode responder à norma e ao normal ou produzir espaços e práticas de liberdade nessas determinações do poder político. Trazemos, então, esse conceito para a discussão do trabalho em saúde. O trabalho em saúde tem tendido a produzir condutas, subjetivi-

dades e relações que visam dirigir os sujeitos à normalidade, impondo sentidos que modulam a forma como a população figura sua saúde.

Em outras palavras, quando, a partir da medicalização da vida, o Estado “burocratiza” as subjetividades da população e tolhe os movimentos singulares que estes podem ter quando no cuidado com sua saúde. O movimento de obliteração ou apagamento pende a uma homogeneização da vida, reforçando as condutas previamente desejadas e tende a não considerar as ações individuais que fogem à norma e que também poder promover saúde e prevenir doenças². Nesses contornos, a singularidade, ou o desvio, têm um caráter negativo, quando poderia ser o contrário.

Linha relacional entre atenção básica e seus agentes de saúde

Quais são os objetivos de serviços e trabalhadores de saúde? Por que se investe na saúde da população? Uma população livre de enfermidades é uma população produtiva capaz de produzir valores e acessar possibilidades.

Todo sistema de serviços de saúde possui duas metas principais. A primeira é otimizar a saúde da população por meio do emprego do estado mais avançado do conhecimento sobre a causa das enfermidades, manejo das doenças e maximização da saúde. A segunda meta, e igualmente importante, é minimizar as disparidades entre subgrupos populacionais, de modo que determinados grupos não estejam em desvantagem sistemática em relação ao seu acesso aos serviços de saúde e ao alcance de um ótimo nível de saúde. (Starfield, 2002, p. 19)

Um sistema de saúde busca soluções para os problemas relacionados aos seus indivíduos, seus usuários, que frequentam e que habitam espaços, aqueles que por direito de uso servem-se de algo ou desfrutam de suas utilidades e produzem algo comum. Nesse sentido, a Atenção Bá-

² Obviamente, não estamos considerando que todos os movimentos singulares, ou todos aqueles que desviam do padrão, são passíveis de serem considerados saudáveis às pessoas. Menos ainda que a norma ou o normal não devem ser respeitados ou sugerindo que o padrão tem um caráter negativo quando pensamos o trabalho em saúde. Apenas buscamos discutir como a exclusão, intrínseca à noção de norma e de normal, pode ser prejudicial ao trabalho em saúde, especialmente quando não visibiliza movimentos que também podemos considerar como saudáveis.

sica³, um conjunto de ações de saúde de âmbito individual e coletivo, é um espaço de encontro entre o dispositivo de medicalização com o corpo da população, já que se configura como porta de entrada da política de saúde do Estado, além de ser coordenadora do cuidado, fornecendo atenção sobre a pessoa ao longo de sua vida.

A atenção primária aborda os problemas mais comuns na comunidade, oferecendo serviços de prevenção, cura e reabilitação para maximizar a saúde e o bem-estar. Ela integra a atenção quando há mais de um problema de saúde e lida com o contexto no qual a doença existe e influencia a resposta das pessoas a seus problemas de saúde. É a atenção que organiza e racionaliza o uso de todos os recursos, tanto básicos como especializados, direcionados para a promoção, manutenção e melhora da saúde. (Starfield, 2002, p. 28)

Destarte, o Estado pode operar na saúde de várias maneiras, com diferentes equipamentos e instâncias. No Brasil, a partir da Constituição Federal de 1988, tem-se um novo arranjo para a saúde da população, constituída a partir da seguinte consideração: “dever do estado e direito de todos”. Assim, com a Lei n. 8.080 de 1990, tem-se a materialização do dever do Estado na garantia à saúde, formulando e executando políticas econômicas e sociais que se proponham a redução de riscos de doença e outros agravos, assegurando o acesso universal e igualitário aos serviços e ações para a promoção, proteção e recuperação (Ministério da Saúde, 1990).

Essa importante marca de transformação institucional reconfigura a função do Estado e permite a abertura para participação da comunidade, constituindo um sistema (“único de saúde”) que identifica e divulga fatores condicionantes e determinantes da saúde, que dá assistência às pessoas por intermédio de ações de promoção, proteção e recuperação da saúde. Nesse contexto, temos a medicalização como um dos principais planos de intervenção sobre a vida, especialmente no que se refere ao tratamento e à terapêutica dos usuários. Esta é, então, entendida como a primeira forma de encontro do biopoder com o corpo, objetivando o sujeito.

A Atenção Básica, por meio da Estratégia de Saúde da Família (ESF), em Unidades Básicas de Saúde (UBS), com suas equipes de trabalho –

³ A Política Nacional de Atenção Básica considera os termos “Atenção Básica” e “Atenção Primária em Saúde” como termos equivalentes (Ministério da Saúde, 2012).

médico, enfermeiro, auxiliar e técnico de enfermagem, cirurgião-dentista, auxiliar e técnico de higiene bucal e o agente comunitário de saúde – estabelece um modelo de atenção e gestão à saúde para aumentar o grau de descentralização e capilaridade e estar próxima da vida das pessoas (Ministério da Saúde, 2012). Nesse sentido, propõe um modo de operar que possibilita monitorar e avaliar a vida privada através da chamada atividade de vigilância, entendendo esta como “observação contínua” e “coleta sistemática” de dados sobre doença, avaliando e consolidando informes sobre morbidade e mortalidade.

O Ministério da Saúde, a partir de 2003, reorganizou a área de epidemiologia e controle de doenças, criando a Secretária de Vigilância em Saúde, integrando programas de tuberculose, hanseníase, hepatites virais e as doenças sexualmente transmissíveis e AIDS. Em 2004, passa a utilizar a denominação de vigilância em saúde, um conceito que simboliza uma nova abordagem, mais ampla que a prática de vigilância epidemiológica, incluindo vigilância das doenças transmissíveis, ambientais, das doenças e agravos não transmissíveis e seus fatores de risco e da situação de saúde (Ministério da Saúde, 2007).

Mas, quem são os agentes de saúde que estabelecem uma linha relacional com a Atenção Básica? Os Agentes Comunitários de Saúde (ACS) e os Agentes de Combate às Endemias (ACE) são profissões regulamentadas que visam ao exercício de atividades de prevenção de doenças e promoção de saúde, mediante ações domiciliares ou comunitárias. São três requisitos para o exercício da atividade: I - residir na área da comunidade em que atuar; II - haver concluído, com aproveitamento, curso introdutório de formação inicial e continuada; e III - haver concluído o ensino fundamental (Ministério da Saúde, 2006).

Assim, o ACS e o ACE operam um modo de fazer saúde. O processo de trabalho do agente em sua etapa inicial refere-se ao cadastramento das famílias de sua microárea – o seu território de atuação – com, no máximo, 750 pessoas.

O cadastro possibilita o conhecimento das reais condições de vida das famílias residentes na área de atuação da equipe, tais como a composição familiar, a existência de população indígena, quilombola ou assentada, a escolaridade, o acesso ao saneamento básico, o número de pessoas por sexo

e idade, as condições da habitação, o desemprego, as doenças referidas etc. (Ministério da Saúde, 2009, p. 39)

Ao identificar e aproximar-se de um espaço/contexto, o ACS deve:

acompanhar, por meio de visita domiciliar, todas as famílias e indivíduos sob sua responsabilidade. As visitas deverão ser programadas em conjunto com a equipe, considerando os critérios de risco e vulnerabilidade de modo que famílias com maior necessidade sejam visitadas mais vezes, mantendo como referência a média de uma visita/família/mês. (Ministério da Saúde, 2012, p. 49)

A atuação do ACS arranja-se a partir do trabalho com mapas como forma de retratar e aumentar conhecimentos sobre a sua comunidade (Ministério da Saúde, 2009), isto é, amplia o saber sobre determinada realidade, possibilitando o domínio do território.

conhecer este território, isto é, adentrá-lo, percorrê-lo, esquadrihá-lo, entendê-lo na sua essência, explicando-o como lugar de indivíduos e grupos portadores de determinadas necessidades, demandas e representações, singularizadas naquele lugar, é o que permite transitar da paisagem para o problema. (Mendes, Teixeira, Araujo, & Cardoso, 1999, p. 170)

De tal modo, a abertura do “território-grupo-comunidade” pode representar a fresta do “território-problema-família”, isto é, o saber sobre determinado território permite o poder sobre determinadas conduções e direcionamentos. Por isso, para movimentar essas funções necessita-se de um corpo-sujeito capaz de movimentar as instituições e organizações e que opere, por sua vez, a presença dos agentes mobilizadores.

Os agentes são “seres humanos”, são os suportes e os protagonistas de toda essa parafernália. E os agentes protagonizam práticas. Práticas que podem ser verbais, não-verbais, discursivas ou não, práticas teóricas, práticas técnicas, práticas cotidianas ou inespecíficas. Mas é nas ações que toda essa parafernália acaba por operar transformações na realidade. (Baremblitt, 2002, p. 28)

No caso evidenciado, os ACS transitam, escutam e analisam as práticas e produções de saúde dos indivíduos em seu habitat, constituindo um novo modo de operar em saúde. Assim, não são somente instituições

macroinstitucionais e políticas, como o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), que realizam Censo Demográfico e que irão realizar visitas a todos os domicílios do país para aplicar um questionário. Há outros elementos de governamentalidade e de esquadramento de território, são microinstituições (serviços de saúde) que incorporaram uma lógica de realizar o cuidado em saúde de uma população adscrita exposta aos ditos riscos e à vulnerabilidade.

Portanto, na Atenção Básica tem-se um trabalho da vida pública esquadrihado nos microterritórios, incorporando a vida privada à vida pública. O Estado, através da força de trabalho dos ACS, por exemplo, pode entrar no território da vida privada dos sujeitos sob a prerrogativa de “preservar a vida”. Logo, devemos entender a medicalização como parte de uma biopolítica de Estado que atravessa determinadas práticas de si e, respectivamente, determinados modos de vida considerados normais.

O ACS é a “visita” da função regulatória do Estado. Portanto, o agente-visitante, um indivíduo sujeito com capacidade organizativa da gestão pública, esquadriha a saúde privada de famílias em um território determinado. De tal modo, é capacitado para identificar/notificar no contexto da saúde pública e pode, a nosso ver, desempenhar uma dupla função: (a) no poder instituído e (b) na “produção de práticas de liberdade”. E, além disso, há um duplo pacto de controle social: o Estado e a população do território.

Relacionando as contribuições foucaultianas à análise dessa dupla função em que o ACS se encontra, a liberdade é simultaneamente o que possibilita que o poder do Estado se exerça e é também o que possibilita que o poder de sujeição às normalizações/normatizações enquanto intervenção Estatal seja transgredido (caso contrário é apenas dominação). Em sua atuação (efeito de atuar – ator – e também de atualização do e para o Estado) são consentidas intervenções e “indicativos” do “cuidado em saúde”. Esse cuidado pode ser pensado, então, também enquanto uma dupla função: vinculando-o ao ato da medicalização e promovendo espaços de liberdade na vida desses sujeitos. Entendemos que “o dispositivo de cuidado deve ser o meio potente possível, no sentido de ser capaz de acolher as demandas do sujeito e colocar-se enquanto mediador de sua resolução” (Alves & Guljor, 2006, p. 223).

A tradição do modelo taylorista na construção de padrões e normas que regulam o trabalho em um determinado processo específico tende a esvaziar a capacidade de criação, imaginação e de decisão dos trabalhadores durante o trabalho. “Esforça-se para condicionar a rede produtiva a protocolos, que definiriam as condutas e comportamentos apropriados; essa é a meta buscada pela racionalidade gerencial contemporânea” (Campos, 2010, p. 2338). Campos (2010) afirma que a construção de outra racionalidade gerencial em saúde depende da reconstrução crítica em diferentes planos (da política, da sociabilidade, da gestão e da epidemiologia). Seria a proposta de um novo paradigma capaz de reconhecer e conviver com a autonomia dos trabalhadores, porém que também consiga desenvolver formas de controle sobre o trabalho, considerando a perspectiva dos usuários e os saberes estruturados sobre saúde.

A função do agente de saúde é extremamente sofisticada, pois o fato de residir no território, requisito para ocupar o lugar de agente, potencializa algumas de suas ações, pois o conhecimento sobre o contexto contribui para considerar possíveis intervenções, ao mesmo tempo, servindo de “ouvidoria” dos territórios e famílias, podendo dar visibilidade às situações e aos casos “apagados” e “silenciosos” com necessidade de cuidado e, ao mesmo tempo, deixando escapar outras situações e histórias. Nesse sentido, a medicalização pode ser compreendida como o trabalho sutil dos ACS, como micropolítica de controle e estatística.

Considerações finais

Tem-se plena consciência do caráter parcial deste debate. Não se trata de solucionar os problemas colocados, mas de tentar, simplesmente, fornecer elementos para reflexão. Trilhamos um caminho a partir de algumas pistas. Nossos “indícios” foram os vestígios e as indicações relacionadas à prática e à teoria e, nessas circunstâncias, convenciamos alguns “marcadores”. Ao repararmos até onde eles nos levaram, percebemos algumas lacunas ainda abertas em perguntas incessantes. Encerramos abrindo pontos. Pode sugerir um paradoxo, porém, é inegável a sensação de inacabamento com que chegamos até aqui. Talvez nosso interesse reside mais nos paradoxos que nos pleonasmos.

Consideramos, portanto, necessário retomar alguns pontos, especialmente, a questão do risco em saúde. O trabalho em saúde enquanto uma estratégia de governamentalidade voltada para a biopolítica promove práticas e sustentam saberes que visam não apenas controlar a vida das populações, mas também garantir a estas certas margens de segurança quando falamos em saúde. Tendo como um dos eixos do cuidado em saúde a noção de risco, o trabalhador da saúde tem voltado sua prática a um controle das variantes que podem trazer para a vida da população os estados que, divergindo do que é estatisticamente considerado normal, são considerados indesejados, ou seja, as enfermidades. Em outras palavras, a partir da noção de risco, tem-se como uma das metas do cuidado em saúde levar a população para estados que são estatisticamente epidemiologicamente considerados saudáveis.

Neste trabalho, com todos os saberes e práticas que o sustentam, vemos a saúde ser pensada como uma ausência de doenças e, respectivamente, a doença é pensada como uma interferência nas condições normais de um organismo, grupo ou sociedade. Essa definição de saúde tende a não deixar margem para uma concepção de saúde que englobe o desvio como pertencente à saúde. No entanto, a saúde, fazendo parte da vida, não pode ser pensada a partir da ordem dos cálculos, das estatísticas; a vida é composta por diversos elementos que extrapolam a ordem dos gráficos e das medidas. A vida, individual ou coletiva, é necessariamente composta por diferentes movimentos que vão do bem-estar ao mal-estar e este movimento merece ser incorporado à concepção de saúde. Privar a saúde do risco é privá-la da vida – uma contradição e um paradoxo. Mesmo no contexto da saúde coletiva, que tem como princípio discutir a saúde como produzida na e pela sociedade, por vezes esta acaba sendo reduzida a um aglomerado de números.

Outro elemento que precisamos considerar na composição do “cálculo” sobre a saúde: a potência de singularização. Isto é, a potência de agir com a variação incessante de movimento e repouso, o esforço de autoconservação no embate com as forças externas e internas, o indivíduo na tentativa e no enfrentamento de sua destruição, regeneração e ampliação (Chauí, 2011), é esta potência que justamente coloca a vida em movimento. A constituição de regras, pretendendo englobar a totalidade dos indivíduos, comprometendo-os com a obediência, acaba inviabilizando e

invisibilizando a existência de contato com a diferença e com a criação de novas possibilidades de existir, novos arranjos também saudáveis para o trabalho e o cuidado em saúde e na experiência da saúde em cada vida. É a variação ininterrupta de movimentos e repousos que expõe um sujeito num movimento transversal carregado pelas forças do contato entre margens. É uma experimentação igual ao quociente do resultante das forças perpendiculares à superfície de aplicação e da área de superfície. Os agentes especulam o comportamento dos planos e corpos em um meio, um meio de fluidos, como líquidos na busca de um equilíbrio estático e inalcançável.

Conforme Caponi (2009), pensar a saúde como um conceito capaz de integrar a capacidade de cada indivíduo em administrar de forma autônoma a margem de risco da vida, a tensão e a infidelidade do meio em que vive “e, por que não dizer, de mal-estar, com que inevitavelmente devemos conviver” (p. 62) poderia ser um devir no cuidado em saúde. O cuidado em saúde deve conseguir englobar o que não consta nas estatísticas. No entanto, devemos fazer uma ressalva: a concepção de saúde voltada ao cálculo e à estatística não é inimiga desta outra, mas aliada.

Como sujeito ativo, a sociedade civil forja novas formas de cuidado integral nos espaços públicos – por exemplo, a busca pela garantia do direito do usuário de escolher seu tratamento ou terapêutica embora a expansão das práticas terapêuticas no interior das instituições de saúde seja considerada tímida pelas análises macropolíticas, seus efeitos na vida das pessoas tem sido cada vez mais referenciados por aqueles que demandam cuidado em saúde como uma resposta positiva. (Pinheiro & Guizardi, 2006, p. 34)

Os possíveis espaços de exercício de liberdade é a aposta da possibilidade na criação de linhas de fuga, de estratégias de resistência ao poder. O Estado é capaz de acomodar e disciplinar os sujeitos para instaurar normalidade e normatividade específicas, úteis ao Estado. A medicalização instaura-se como um arranjo na governamentalidade, expressando-se, dentre outros lugares, em uma política pública de saúde refletida na Atenção Básica, tendo na saúde da família a estratégia para expansão e consolidação de um modelo de atenção.

Por fim, destacamos os laços construídos pelos agentes comunitários, sujeitos de saberes e práticas cotidianas, detentores do desafio de estabelecer territórios comuns, pontos de contatos, o fluxo e o fixo de interações entre

equipes de profissionais e comunidade. É o 'entre' do saber legítimo, científico e o saber popular, que como laço constrói vínculos e amplia acesso, rompendo os elos dos modelos editais de fazer políticas. (Pinheiro & Guizardi, 2006, p. 34)

A clínica em saúde possibilita um espaço-tempo no qual se constrói estratégias múltiplas para a existência. Romper com a noção de neutralidade e de dicotomia da realidade, abrindo o próprio corpo-político é se deixa invadir pelas sensibilidades e irrupções de variados fluxos, transformando-se em um corpo (o profissional de saúde) que permita a passagem a outros mundos, singulares. Sua escuta e seu olhar não procuram mais o que se repete, mas exatamente o que escapa. Assim, se pensa numa ética diretamente ligada às virtualidades, as afecções, ao abrir o corpo para afetar-se, buscando novas formas singulares de existir em meio ao que está dado, é conseguir transitar entre possibilidades de existências; é radicalizar a funcionalidade de um corpo que agencia as virtualidades que o afetam, produzindo liberdade na vida do sujeito frente à contingência posta pelo poder de normalização do Estado.

Referências

- Alves, D. S. & Guljor, A. P. (2006). O cuidado em saúde mental. In R. Pinheiro & R. A. Mattos (Orgs.), *Cuidado: as fronteiras da integralidade* (pp. 221-240). Rio de Janeiro: IMS/ UERJ/ CEPESC/ABRASCO.
- Barembliitt, G. (2002). *Compêndio de análise institucional e outras correntes: teoria e prática* (5ª ed.). Belo Horizonte: Instituto Felix Guattari.
- Bachelard, G. (1996). *A formação do espírito científico: contribuição para uma psicanálise do conhecimento*. Rio de Janeiro: Contraponto.
- Benevides, R. (1996). Dispositivos em ação: o grupo. *Cadernos de Subjetividade*, 1(1), 97-106.
- Campos, G. W. S. (2010). Cogestão e neoartesanato: elementos conceituais para repensar o trabalho em saúde combinando responsabilidade e autonomia. *Ciência & Saúde Coletiva*, 15(5), 2337-2344.
- Caponi, S. (2009). A saúde como abertura ao risco. In D. Czeresnia & C. M. Freitas (Orgs.), *Promoção da saúde: conceitos, reflexões, tendências* (pp. 55-77). Rio de Janeiro: Fiocruz.

- Castro, E. (2009). *Vocabulário de Foucault: um percurso pelos temas, conceitos e autores*. Belo Horizonte: Autêntica.
- Chauí, M. (2011). *Desejo, paixão e ação na ética de Espinosa*. São Paulo: Companhia das Letras.
- Chieff, A. L. & Barata, R. C. B. (2010). Ações judiciais: estratégia da indústria farmacêutica para introdução de novos medicamentos. *Rev. Saúde Pública*, 44(3), 421-429.
- Deleuze, G. (2005). *Foucault*. São Paulo: Brasiliense.
- Fleury, S. (1997). A questão democrática na saúde. In S. Fleury (Org.), *Saúde e democracia: a luta do CEBES* (pp. 25-41). São Paulo: Lemos Editorial.
- Foucault, M. (1995). O sujeito e o poder. In H. Dreyfus & P. Rabinow (Orgs.), *Michel Foucault: uma trajetória filosófica para além do estruturalismo e da hermenêutica* (pp. 231-249). Rio de Janeiro: Forense Universitária.
- Foucault, M. (1999). *História da loucura* (J. T. C. Neto, Trad.), São Paulo: Perspectiva. (Original publicado em 1964)
- Foucault, M. (2004). A ética do cuidado de si como prática da liberdade. In M. B. Motta (Org.), *Ética, Sexualidade, Política* (E. Monteiro & I. A. D. Barbosa, Trads., pp. 264-287). Coleção Ditos & Escritos. Rio de Janeiro: Forense Universitária. (Original publicada em 1994)
- Foucault, M. (2005). *Em defesa da sociedade* (M. E. Galvão, Trad.). São Paulo: Martins Fontes. (Original publicado em 1997)
- Foucault, M. (2008). *Segurança, Território, População* (E. Brandão, Trad.). São Paulo: Martins Fontes. (Original publicado em 2004)
- Foucault, M. (2011). *História da Sexualidade: a vontade de saber* (M. T. C. Albuquerque & J. A. G. Albuquerque, Trads.). Rio de Janeiro: Graal. (Original publicado em 1976)
- Foucault, M. (2013). O nascimento da medicina social. In M. Foucault (Org.), *Microfísica do Poder* (M. Roberto, Trad., pp. 46-56). Rio de Janeiro: Graal. (Original publicado em 1979)
- Kastrup, V. & Barros, R. (2009). Movimentos-funções do dispositivo na prática da cartografia. In E. Passos, V. Kastrup, & L. Escóssia (Orgs.), *Pistas do método cartográfico* (pp.76-91). Porto Alegre: Sulina.
- Mendes, E. V., Teixeira, C. F., Araujo, E. C., & Cardoso, M. R. L. (1999). Distritos sanitários: conceitos-chave. In E. V. Mendes (Org.), *Distrito sanitário: o processo social de mudanças das práticas sanitários do Sistema Único de Saúde* (4ª ed., pp.159-185). São Paulo: Hucitec.

- Lei n. 8.080*, de 19 de setembro de 1990. (1990). Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Brasília, DF: Ministério da Saúde.
- Lei n. 11.350*, de 5 de outubro de 2006. (2006). Dispõe sobre o aproveitamento de pessoal amparado pelo parágrafo único do art. 2o da Emenda Constitucional n. 51, de 14 de fevereiro de 2006, e dá outras providências. Brasília, DF: Ministério da Saúde.
- Ministério da Saúde. (2007). *Vigilância em Saúde*. Brasília, DF: CONASS.
- Ministério da Saúde. (2009). *O trabalho do agente comunitário de saúde*. Brasília, DF: Autor.
- Ministério da Saúde. (2012). *Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Política Nacional de Atenção Básica*. Brasília, DF: Autor.
- Pinheiro, R. & Guizardi, F. L. (2006). Cuidado e integralidade: por uma genealogia de saberes e práticas no cotidiano. In R. Pinheiro & R. Mattos (Orgs.), *Cuidado: As Fronteiras da Integralidade* (pp. 21-36). Rio de Janeiro: CEPESC/UERJ.
- Portocarrero, V. (2009). *As Ciências da Vida: de Canguilhem a Foucault*. Rio de Janeiro: Fiocruz.
- Starfield, B. (2002). Atenção primária e sua relação com a saúde. In B. Starfield (Org.), *Atenção Primária: Equilíbrio entre Necessidades de Saúde, serviços e tecnologia* (pp.19-41). Brasília: UNESCO.
- Zambenedetti, G. & Silva, R. A. N. (2011). Da Cartografia e Genealogia: aproximações possíveis para a Pesquisa em Psicologia Social. *Psicologia & Sociedade*, 23(3), 454-463.

Reabilitação psicossocial: uma perspectiva clínica

Júlia Coutinho Nunes Castilho

Maria Stella Brandão Goulart

Introdução

Com o início do movimento da Reforma Psiquiátrica Brasileira, desencadeado no final da década de 70, a visão sobre a loucura e o modelo de atenção e assistência começaram a ser reestruturados no Brasil. Esboçaram-se, desde então, propostas de abordagem, tratamento e acompanhamento, que tenderam a dar maior atenção à cidadania, aos direitos individuais e sociais, à singularidade dos usuários dos serviços de saúde mental em suas condições concretas de vida e em sua subjetividade. Tal transformação gerou uma mudança total da política de saúde mental hospitalocêntrica, questionando os dispositivos de exclusão social e colocando a questão da reabilitação psicossocial e da inclusão social na pauta dessa política pública (Goulart, 2007; Valentini & Vicente, 2001; Oliveira & Alessi, 2005; Maciel, Barros, Silva, & Camino, 2009).

Ao surgirem novos serviços de saúde substitutivos aos hospitais psiquiátricos, como os Centros de Referência em Saúde Mental (CERSAMs, em Belo Horizonte), ou os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS na maior parte do Brasil), a proposta passou a ser acompanhar os usuários em crise em seus contextos vitais. Esses serviços são os articuladores estratégicos da rede de atenção e da política de saúde mental. São eles os responsáveis por regular a porta de entrada da rede de assistência em saúde mental na sua área de atuação e dar suporte à rede básica. Assim, evidencia-se a relevância do desenvolvimento de estudos que enfoquem essa nova realidade assistencial para a construção de parâmetros de análise do cenário nacional e que estimulem sua reflexão sistemática.

O projeto do CAPS/CERSAMs apresenta como preocupação central o “sujeito e sua singularidade, sua história, sua cultura e sua vida cotidiana” (Ministério da Saúde, 2004a, p. 14).

Este trabalho¹ pretende contribuir com o tema da reabilitação psicossocial em saúde mental, aliando reflexões teóricas à prática empírica em desenvolvimento, consolidando experiências e aproximando os conhecimentos acadêmicos da prática clínica construída pelas equipes de saúde mental. Buscar-se-á compreender especificamente o processo de reabilitação psicossocial em um CERSAM mineiro, apresentando e refletindo sobre um caso clínico grave, considerado bem-sucedido do ponto de vista da equipe que o acolheu. Trata-se de entender a complexidade do processo, abrindo pauta sobre a reabilitação psicossocial. A atitude clínica evocada, numa perspectiva ampla, remete ao domínio das humanidades e à cuidadosa aproximação do cenário do sofrimento (Barbier, 1985, p. 45), de modo a capturar a compreensão do outro acerca de seu processo, mal estar e possibilidades de superação.

O caminho escolhido: história de vida

No contexto da metodologia qualitativa em pesquisa social, emprega-se a concepção segundo a qual não se busca estudar o fenômeno em si, mas entender seu significado individual ou coletivo para a vida das pessoas. O significado e a produção de sentidos estão no centro das discussões qualitativas (Minayo, 1994; Turato, 2005; Silva, Barros, Nogueira, & Barros, 2007).

O método de história de vida foi o principal guia nesta investigação qualitativa. Ele começa a partir do desejo do entrevistado de compartilhar a sua história. No caso em questão, este desejo ganhou a forma de sete encontros entre a usuária e a entrevistadora, com duração variada - de 35 minutos a 1 hora. O desejo da usuária foi documentado através de Termo de Consentimento Livre e Esclarecido em sintonia com os parâmetros éticos convencionados pelos Comitês de Ética e Pesquisa da Secretaria de Saúde de Belo Horizonte e da Universidade Federal de Minas Gerais, UFMG.

¹ Trabalho resultante de dissertação de mestrado com o mesmo título, apresentado à Faculdade de Filosofia e Ciências Humanas na Universidade Federal de Minas Gerais, em agosto de 2013. A dissertação faz parte de um conjunto de iniciativas de pesquisas em desenvolvimento, incluídas em um grande projeto de cooperação internacional intitulado Modelos de Reabilitação Psicossocial: Brasil e Itália, que teve início em 2011, com apoio da Universidade Federal de Minas Gerais e da Università di Bologna.

Tal método procura elaborar a articulação entre o social e o psicológico, a partir da trajetória social individual e a inserção na trama familiar e social, assim como permite que elementos do presente se fundam a evocações passadas. Silva, Barros, Nogueira e Barros (2007) reforçam a relevância do método, sua credibilidade, validade e força. O método funciona como uma possibilidade de acesso do indivíduo (à realidade que lhe transforma e é por ele transformada) “pelo interior”, na busca da apreensão do vivido social, das práticas do sujeito, “por sua própria maneira de negociar a realidade onde está inserido” (Barros & Silva, 2002, p. 136). Ao lembrar e rememorar, o usuário reconstrói e elabora no momento atual as experiências vividas, e quando se volta para o passado, pensa a sua atualidade. “a vida vai sendo revisitada pelo sujeito” (Silva, Barros, Nogueira, & Barros, 2007). Podemos, assim, dizer que a vida olhada de forma retrospectiva faculta um efeito de visão totalizante e que é o tempo presente que torna possível uma compreensão mais aprofundada do momento passado.

A entrevista oral de história de vida permite pôr em ordem, dar sentido e coerência, compreender e ressignificar as próprias experiências, muitas vezes fragmentadas ou mal elaboradas. Essa é uma possível dimensão terapêutica proporcionada pelo método história de vida. Marilena Chauí (1973, p. 20) afirma: “lembrar não é reviver, é re-fazer”. O trabalho de campo combinou as entrevistas de narrativa de história de vida com os instrumentos de observação participante e levantamento de dados documentais.

Trata-se de uma usuária que estava em acompanhamento no CERSAM/CAPS há cinco anos, após internamento em um hospital psiquiátrico por oito anos ininterruptos. Assim que recebeu alta, foi encaminhada para o serviço aberto em questão, já sem suporte social e familiar, e ainda com risco de desestabilização do quadro. O prontuário documentava a gravidade e complexidade do quadro da usuária, com diagnóstico de esquizofrenia, marcado por várias tentativas de suicídio e grande instabilidade. Há inúmeras evoluções da equipe da unidade e relatórios dos três hospitais em que esteve internada, dizendo sobre a fragilidade entre a linha de estabilização/desestabilização psicótica e a gravidade das crises da usuária. Quando a mesma estava com o quadro desestabilizado, passava a se colocar em risco e perdia a crítica da realidade. Após cada crise a usuária en-

contrava mais dificuldade de se restabelecer e de retomar seu cotidiano, sendo mais lenta a sua melhora clínica.

Nesta reconstrução empreendida pelas pesquisadoras, interessava particularmente a compreensão do encontro entre a usuária, com grave transtorno mental e intenso sofrimento, e a rede de atenção em saúde mental, procurando evidenciar, analiticamente, as evidências e tensões do processo psicossocial reabilitativo que era ofertado em uma estrutura de atenção que acolhia crises. Tratava-se de pensar o impacto do processo reabilitativo, não como uma etapa posterior ao acolhimento da crise, mas como uma ferramenta ou um dispositivo ofertado ao longo do processo de estabilização do quadro psicótico.

Reabilitação psicossocial

Existem diversas críticas relevantes ao termo “reabilitação psicossocial”. Citemos, a título de exemplo, Benetton (1993/1996), Mângia e Nicácio (2001), Saraceno (1998) e Pitta (2001), que se remetem ao prefixo “re”, que projeta uma ideia de normalização, de retorno temporal a uma situação anterior à instalação da doença, de adequação dos usuários a uma forma de funcionamento ditada por uma maioria, induzindo à ideia de algo a ser recuperado.

A palavra reabilitação traria o risco de “recobrança” de algo que se perdeu e que deve ser recuperado, de retorno à normalidade, imprimindo um senso de mecanização ao tratamento da pessoa em sofrimento psíquico (Pitta, 2001). Esse termo reducionista poderia denotar a premência de um “conserto” da psicose ou outros acometimentos graves, como se fossem uma fratura que aguarda a calcificação via ações técnicas, ortopédicas, de reabilitação psicossocial.

Em outro polo, Venturini, Galassi, Roda e Sergio (2003) chegam a propor, substitutivamente, o termo “habilitação”, enfatizando a abertura para a vida e o envolvimento do sujeito num processo que se sintoniza como o avesso da insidiosa política de exclusão da loucura na nossa sociedade (Venturini et al., 2003). Além disso, vale registrar a recusa de utilização do conceito de reabilitação por parte dos trabalhadores de saúde mental mineiros. A referência à “reinserção” é mais recorrente,

mesmo que carregue os percalços já evidenciados em referência ao uso do sufixo “re”. Ou seja, trata-se de um conceito que é, em si, um campo de tensões.

Considerando essas críticas, pode-se inquirir se é possível que um usuário do CERSAM/CAPs, após uma crise e um período de acompanhamento intensivo na unidade, possa ser exatamente a mesma pessoa, sem qualquer mudança? Acredita-se que não, pois a experiência de se viver um período difícil de crise gera profundas mudanças internas no sujeito: positivas, negativas e imponderáveis. Cada crise marca de maneira particular o caminho de cada um dos usuários da rede de atenção psicossocial. A crise psiquiátrica transforma a pessoa de alguma forma. A reflexão sobre a reabilitação psicossocial já deveria contemplar este pressuposto, projetando-se para o necessário ambiente de incertezas.

Apesar de todas essas questões, o conceito de reabilitação não é dispensável. Ele ancora a legislação e tem uso amplo e internacional, favorecendo o diálogo com outros pesquisadores e profissionais da área. Podemos organizar, arbitrariamente, os diversos conceitos sobre reabilitação em duas perspectivas de entendimento: uma mais adaptacionista ou normativa e outra mais crítica e politizada. Na realidade da atenção psicossocial, tais cortes conceituais perdem a nitidez. Recuperamos o processo reabilitativo a partir de contradições e incompletudes que delineiam a labilidade, precariedade e artesanania do fazer, ou do otimismo da prática, como gostaria Franco Basaglia (1979). Procurando superar essa complexidade, tendemos a perfilar uma concepção da reabilitação como uma postura ética, dando ressonância ao reconhecimento, já consagrado na literatura especializada, de que não se trata de um procedimento técnico. Trata-se de uma trajetória, a ser delineada pelo sujeito, em direção a um processo de vitalização.

Na perspectiva adaptacionista ou normativa, citamos a World Association for Psychosocial Rehabilitation (WAPR) e o conceito de reabilitação por ela elaborado em 1985. Ele dava ênfase à ideia de autonomia funcional e trazia como indicadores do processo de reabilitação psicossocial a inserção em moradia, trabalho, lazer e educação, destacadamente:

Processo de facilitar ao indivíduo com limitações a restauração, no melhor nível possível de autonomia do exercício de suas funções na comunidade...
O processo enfatizaria as partes mais sadias e a totalidade de potenciais do

sujeito, mediante uma abordagem compreensiva e um suporte vocacional, residencial, social, recreativo. (Pitta, 2001, p. 21)

Ao buscar o desenvolvimento das funções do sujeito e seu melhor nível de autonomia, delinea-se uma visão de adaptação, pois se revela um aprisionamento na ideia de normalidade.

Outro conceito que se sintoniza a essa perspectiva adaptacionista da WAPR, nos anos 80 do século XX, é o trazido, em 2001, pela Organização Mundial de Saúde (OMS, 2001). Utilizam-se, nessa definição, termos como mudanças ambientais e funcionamento independente. Define reabilitação como sendo:

Processo que oferece aos sujeitos que estão debilitados, incapacitados ou deficientes devido à perturbação mental, a oportunidade de atingir o seu nível potencial de funcionamento independente na comunidade, o que envolve tanto o incremento das competências individuais como a introdução de mudanças ambientais. (OMS, 2001)

Essa definição incluiria ofertar aos sujeitos em situação de desvantagem condições para exercer suas potencialidades e capacidades de forma independente na sociedade e atingir o seu nível potencial de adequação e funcionamento. Os principais objetivos da reabilitação para a OMS seriam a autonomia do usuário, a minimização dos efeitos desabilitantes da cronicização da doença, a redução da discriminação e do estigma, a melhoria da competência social individual e a criação de um sistema de apoio social de longa duração (OMS, 2001). Ela amplia a perspectiva da reabilitação, ao introduzir a importância do ambiente e de possíveis mudanças no mesmo. Ou seja, o espaço vital também se torna um objeto de intervenção para o processo reabilitativo, apesar de o conceito enfatizar principalmente a adequação e o bom funcionamento dos sujeitos na mesma.

O que se destaca é a tendência tecnicizante que se expressa em formulações que vão se amalgamando de modo a incorporar novas variáveis sem que isso signifique efetivo fortalecimento da perspectiva dos usuários. Certamente, há uma tendência de adequação, mas esta se configura em torno do reconhecimento da expertise dos psiquiatras e psicólogos como protagonistas na condução dos processos reabilitativos e na fixação de variáveis que operacionalizam o processo. Comunidade, família, educação, treino são palavras de ordem que insistiram no delineamento

das perspectivas futuras da reabilitação no último congresso da WAPR, em Milão, 2012.

As técnicas adaptacionistas de reabilitação, na visão de Saraceno (2001), levam o sujeito a aceitar e a reproduzir uma realidade imposta a ele como única forma aceitável de funcionamento da sociedade dominante. São intervenções que, apesar de se colocarem como terapêuticas, entretêm o usuário em produções que não geram sentido, em um processo alienante, levando a uma existência e a um cotidiano vazio e destituído de significado.

Numa visão que considera a reabilitação psicossocial em uma perspectiva crítica e politizada, Benedetto Saraceno (1999, 2001) apresenta um conceito que difere das concepções anteriores por romper com aplicações de técnicas que buscam a adaptação do sujeito à realidade e às normas sociais produzidas pelos setores hegemônicos da sociedade supostamente normal. A reabilitação seria entendida num “processo não linear de potencialização das possibilidades de trocas sociais, de afetos e de recursos, e de tessitura de redes múltiplas de negociação” (Saraceno, 1999, p. 128). Trata-se de um processo para que se mudem as regras e para que “os fortes possam conviver e existir no mesmo cenário que os fracos” (Saraceno, 1999, p. 124). Há uma estreita relação entre cidadania e saúde mental, posto que um sujeito que não goze plenamente da cidadania tem um risco para sua saúde mental, assim como um sujeito que não goze plenamente de saúde mental poderá estar impedido de exercer sua plena cidadania social. Nesse sentido, a questão central da reabilitação psicossocial está relacionada à transposição da passividade do sujeito para a condição de cidadão em busca de seus direitos (Saraceno, 2001). O conceito de cidadania deve, nessa direção, ir além do conhecimento dos direitos e deveres, deve ser entendido a partir de uma perspectiva ética e política. Assim, cidadão deve ser aquele sujeito que possui autonomia para decidir sobre ele mesmo e sobre sua comunidade, em busca de igualdade.

Ainda na perspectiva crítica italiana, Rotelli (1993) afirma que a importância da ação habilitadora está no auxílio ao outro para que ele possa exercer sua cidadania de forma plena, tendo acesso real aos direitos sociais, políticos e jurídico, salientando o ambiente que evoca capacidade de mudança e realização de trocas. Não é pouco, considerando especifi-

camente os limites da sociedade brasileira. Evoca-se uma abertura cívica para a sociedade. O poder de contratualidade tem centralidade e grande espaço na literatura, assim como a cidadania articulada com o tema da emancipação. “O compromisso reabilitacional passa a ser, de fato, com o desenvolvimento da vida, no sentido de ser no social, na trama da vida” (Castro, Lima, & Brunello, 2001, p. 45). Vários autores farão referência à construção de redes de negociação (Guerra, 2004; Mângia & Nicácio, 2001; Benetton, 1993/1996).

Haveria, ainda, outras perspectivas a serem apontadas na polêmica acerca do conceito de reabilitação psicossocial. Guerra (2004) destaca, por exemplo, uma perspectiva de orientação clínica psicanalítica laciana, que se aproxima do sociopolítico ao valorizar as possibilidades de cada sujeito para retomar seu cotidiano. Delineia-se um aporte mais intimista, afeito às tessituras fantasmáticas e desejanças. Trabalha-se com a singularidade de cada sujeito e sua particular forma de estar no mundo. Bem estar? Possivelmente, mas não necessariamente. Os parâmetros são tomados na perspectiva de quem é objeto do processo reabilitativo. Assim, cada um é responsabilizado por seu tratamento e pelas próprias saídas e respostas criadas. Porém, a reconquista de direitos sociais e políticos sai de cena como horizonte normativo.

Nesse mesmo eixo que reporta a uma perspectiva clínica, vale lembrar também a tão relevante obra de Nise da Silveira, que nos projeta para outras searas do pensamento psicanalítico e amplia as possibilidades de prática e respostas tecidas a partir do sujeito e “com” os seus sintomas, que vão formatar modelos que dão ênfase à dimensão expressiva e estética do sofrimento mental.

Não é nossa intenção inventariar todas as perspectivas de reabilitação psicossocial em voga atualmente no Brasil, mas apenas sinalizar a complexidade da discussão sobre o tema. Na realidade do CERSAM/CAPS, a reabilitação não pode ser entendida separada da atenção em sua integralidade. A clínica e a reabilitação estão lado a lado e, muitas vezes, são inseparáveis. Para que seja possível trabalhar com a lógica da reabilitação, não importa o conceito com o qual opere, é preciso que a equipe esteja atuando na rede de serviços abertos, substitutivos ao modelo hospitalocêntrico tradicional e ainda imperioso. Mas, ao avaliar ou dimensionar o impacto dos resultados, temos que delinear os

parâmetros reabilitativos. Um desafio, considerando a plasticidade do conceito.

Na rede de atenção, baseada em serviços territoriais, é possível tratar os usuários em situação de crise sem retirá-los de seu contexto vital e ainda intervir, concomitantemente, em espaços reais de circulação social, lazer, trabalho e moradia. A reabilitação psicossocial, como um processo complexo que é, exige das equipes dos CERSAMs/CAPS capacitação técnica, preparo teórico para atuar nessa lógica, mas, sobretudo, inventividade e abertura em relação ao usuário. O dia a dia do trabalho com a saúde mental é repleto de investimentos, energias e esforços pessoais em função de um projeto de trabalho e, praticamente, de uma escolha de vida.

Concordamos que a reabilitação seja, então, “uma prática à espera de uma teoria” (Saraceno, 2001). É dessa prática que gostaríamos de falar. Enfim, tomaremos a reabilitação psicossocial como um processo complexo de remoção de construção de inclusão do sujeito na sociedade, de estabilização subjetiva em um cotidiano a ser reconstituído e de favorecimento do exercício possível de cidadania e contratualidade do usuário em sofrimento. Ela, como conceito, pode ser compreendida entre as fronteiras das perspectivas sociopolítica e clínica. Deixemos falar “Irene”.

Breve história de uma possível reabilitação

Nas sete entrevistas realizadas, a usuária, 55 anos, ofereceu um relato sobre sua experiência que será compartilhado, com sua anuência. Um encontro posterior aconteceu, na forma de contato devolutivo, quando Irene² pôde avaliar o material escrito. Nas conversas realizadas, buscou-se resgatar a sua história, desde a infância, seu sofrimento e seus tratamentos. Importam, neste trabalho, os sentidos que ela atribuiu espontaneamente para isso.

Alguns encontros aconteceram em uma praça municipal, situada em frente à moradia da usuária; outros encontros aconteceram no refeitório da pensão onde ela morava. Foi Irene que determinou o local dos encon-

² Irene é um nome fictício, por nós escolhido: significa “Deusa da paz”.

tros, assim como a duração e a quantidade deles. Os acertos foram feitos em breve encontro no CERSAM/CAPs. O caso foi sugerido, lembremo-nos, pela equipe do CERSAM/CAPs.

Os encontros com Irene

O primeiro encontro foi marcado na porta da pensão onde ela morava. Ela ficou surpresa com a presença e pontualidade da entrevistadora. *“Olha, achei que você pudesse não vir”*. A usuária quis se assentar no banco da praça, em frente à sua pensão. Teve um pouco de dificuldade no princípio, sem saber por onde começar seu relato. Perguntou o que ela teria que contar, por onde iniciar: *“Conte-me sua história, comece da parte que preferir”*, lhe foi dito. Assim, ela iniciou um relato de cerca de 45 minutos. Quis começar pelo princípio: sua infância no interior de Minas Gerais. Contou que seu pai era um militar, alcoólatra e, por isso, sua mãe e ele brigavam muito. A mãe não concordava com o uso abusivo de álcool que ele fazia e isso trazia muitos transtornos para a família. Quando o pai não voltava para casa até as 22h, a mãe trancava a porta e o deixava de fora. Ao falar do avô paterno, abriu um grande sorriso e seus olhos brilharam. *“Eu gostava mais dele do que do restante da família”*. Ele era, segundo narrou, uma pessoa muito boa, reconhecido na cidade por ajudar as pessoas doentes. Médico, ele atendia a população em sua casa, gratuitamente.

A família da mãe também era muito boa, mas segundo ela não tinha formação nem educação. Exceto uma tia, que tinha em sua casa uma biblioteca. Irene costumava pegar livros emprestados lá, quando tinha oito anos de idade. Gostava de ler livros de Dostoiévski e outros autores que escreviam para adultos, não para crianças. Gostava de frequentar essa casa, porque lá não havia brigas como em sua própria casa. *“Quando meu tio e ela queriam conversar, iam para a biblioteca da casa, não faziam na frente das crianças. Não tinha briga nem confusão na frente de todo mundo.”*

Havia ainda outra tia, que montou na cidade a primeira boutique de roupas. A usuária disse ter sido uma adolescente muito bonita e, por isso, participou de desfiles da boutique da tia. Sua foto foi publicada em matéria do jornal Estado de Minas, dizendo que era a mulher mais bonita da

cidade. Suas primas e amigas ficaram com ciúme e, segundo conta, começaram a maltratá-la. As relações de amizade e proximidade se desfizeram.

No interior de Minas Gerais, a única opção para as mulheres na época era estudar magistério. Irene tinha outros planos: fazer o curso científico e depois entrar em uma faculdade. Na adolescência, veio para Belo Horizonte morar com o avô paterno, logo depois que ele se mudou. O querido avô era um homem de posses, pôde pagar uma boa escola para Irene e, depois, pagou o melhor cursinho de pré-vestibular da capital. Aos 18 anos de idade, passou no vestibular para psicologia, mas interrompeu os estudos no início do curso. *“Como tudo meu: eu sempre começo muito bem, mas não termino. Vai passando o tempo e eu acabo interrompendo”*, disse.

Irene relatou com muitos detalhes uma crise que teve, já adulta, em Belo Horizonte. Estava com um namorado e um casal de amigos em uma casa de um condomínio de luxo, onde iriam passar o final de semana. Conversavam sobre ópera e isso começou a perturbá-la. Quando ela foi ao banheiro e se olhou no espelho, teve a visão de *Krishna*: *“A visão era só naquele momento, e só pra mim.”* Riu ao relatar isso, hoje com certa crítica de que *“isso era coisa da cabeça”* dela. Relatou vivências espirituais. *“Eu aprendi muito mesmo, estou bem. Ainda bem que eu busquei isso”*, indicando uma solução construída por ela.

Em Belo Horizonte, tornou-se uma empresária ao abrir um restaurante vegetariano que era frequentado em sua maioria por pessoas que tinham o mesmo interesse que ela: espiritualidade e questões religiosas. Isso foi uma boa forma de aprendizado para ela e uma ocasião para fazer laços. *“Foi a época em que eu mais cresci, eu tinha contato com muita gente”*, comentou.

A escrita era um *hobby*. Quando o restaurante não estava cheio, ela pegava um caderno e escrevia. Anos depois, quando estava internada no hospital onde permaneceu por 8 anos, foi reconhecida por um visitante que lhe contou que esse caderno teria sido descoberto e transformado em um livro, estudado em comunidades holísticas. Planejava procurar o livro em livrarias, pois nunca mais ouviu falar disso e nem soube se era mesmo verdade. O restaurante faliu e fechou, porque Irene não cobrava a alimentação de todos que frequentavam. Sentiu-se reconhecida; ser dona de um restaurante bem frequentado trouxe para ela uma identidade. Cozinhou muito bem no restaurante, mas contou que hoje em dia não co-

zinhava, mais por escolha própria. Disse que já teria feito muita coisa na vida. Já passeara muito, mas atualmente é que estava em paz. *“Eu quero sossego, estou em outra fase, quero ficar tranquila na pensão.”*

Comentou que morou quinze anos em comunidades religiosas, como os hare krishna. Trabalhava nas comunidades, seguia as regras. Irene enviava para a filha, que já tinha na ocasião, presentes da comunidade relacionados com as suas crenças. Ela citou os incensos, as roupas típicas e os objetos relacionados à energização do ambiente.

Falou sobre a morte e que não tinha medo de morrer. Acreditava que o cigarro não a faria morrer mais cedo: fez uma escolha e a manteve. *“Eu gosto de fumar, não tenho vontade de parar.”*

Começou a falar espontaneamente sobre o CERSAM/CAPS, sobre a importância de sua referência técnica (profissional de saúde mental) e sobre uma amiga de lá. Acreditava que essa amiga tinha a “energia carregada”, apesar de ser também kardecista. Disse que quando estava no CERSAM/CAPS tentava ajudá-la, orientá-la.

Nesse encontro, falou um pouco sobre os anos em que esteve internada no hospital. Com o passar dos anos, ela contou que foi ficando conhecida pela equipe e conquistando os profissionais. Ganhava presentes, era bem tratada, arrumou um namorado que estava internado em outra enfermaria, fazia quadros e produtos nas atividades da terapia ocupacional que às vezes dava de presente e às vezes vendia. Contou brevemente sobre seus dois casamentos e sobre a filha Maria. Referiu-se a ela com muito carinho e ressaltou suas qualidades.

No final, caminhando de volta para a pensão, disse: *“Será que eu ainda vou ter mais história pra te contar? Você pode escrever um livro sobre mim depois, um livro só meu. Eu gosto da minha história.”*

Irene era uma cidadã que, durante sua infância e fase adulta, foi jovem de classe média, do interior de Minas Gerais. Tinha apoio familiar, apesar das tensões, acesso a cultura, uma rede de amigos, que se esgarça eventualmente, e suporte social e subjetivo, especialmente por parte do avô. Mostrou-se como estudante de psicologia, cozinheira, leitora e escritora, esposa, mãe e empresária. Tratou dos temas: família, educação, religião, morte, formação, sua crise psiquiátrica e o tratamento no CERSAM/CAPS e no hospital onde esteve internada.

No segundo encontro, novamente Irene quis ser entrevistada nos bancos da praça. Sua narrativa começou com a seguinte frase: *“Já que estou contando a minha vida, não posso deixar de te falar um segredo, uma verdade que poucas pessoas sabem.”*. Contou dois segredos: que ela tinha um irmão e uma segunda filha. Falou do irmão e do abandono que sofreu. Quando estava internada, ele a procurou pedindo que assinasse uma documentação para regularizar os imóveis dos pais falecidos. Irene assinou, o irmão vendeu tudo e não dividiu o dinheiro da herança com ela. Foi lesada.

A filha mais nova tinha um nome ioguim³. Irene relata uma dificuldade de relacionamento com essa filha, pois o pai se casou de novo e quem a criou foi a esposa do ex-marido. A mulher não deixava Irene se encontrar com a filha, alegando ciúmes e medo de a mesma se tornar amante do ex-marido.

A filha “Maria”, a mais velha, é sua curadora. Essa filha é o único familiar a lhe dar, atualmente, um mínimo suporte. É quem a ajuda: leva mensalmente à pensão objetos de cuidado pessoal e lhe dá um pouco de atenção.

Irene falou sobre alguns valores seus, como o desapego, que ela aprendeu com os ioguins. Dizia querer sempre o bem das pessoas, tentar ajudar no que pudesse, “orientar, acalmar, rezar”. Tinha o costume de sempre agradecer por tudo.

Ela começou espontaneamente a relatar um fato que a marcou: a primeira vez que entrou numa sala de ioga. Descreveu com detalhes o ambiente, a figura do mestre, a posição dela. Comentou sobre a posição de lótus, que ela nunca conseguiu fazer perfeitamente por não ter muita flexibilidade. O mestre ensinava como conduzir o pensamento para ter uma mente saudável, com maturidade e paz. Ela se encantou pelo mestre, o achou bonito, apesar de mais velho. “Eu me casaria com ele.” Esse mestre convidara todos os presentes para conhecer uma comunidade. Ela foi conhecer essa comunidade, acompanhada de seu marido e da filha Maria. Descreveu com detalhes o ambiente, o mestre meditando, as galinhas pousando em sua cabeça, a cozinha de comidas integrais e naturais, a pia de água corrente da cachoeira. Pediu para encerrar, pois se aproximava da hora do jantar na pensão. O próximo encontro ficaria agendado para a semana seguinte.

³ Refere-se a Ioga.

Nesse encontro, ela expôs seus limites, seu segredo, a sua perda de autonomia enquanto estava internada, o impedimento de ver uma de suas filhas. Trouxe também temas como os casamentos, a vida rural e comunitária idealizada, a religião, as crenças, a parca presença da família. Falou de direitos civis roubados, como quando o irmão não repassou a ela o valor que deveria receber pela herança dos pais e quando suas duas filhas foram impedidas de morarem juntas. Aparece a mulher sofrida e impedida. Delineiam-se algumas saídas subjetivas: a ioga, a atitude em relação aos outros – acalmar, agradecer, orientar, rezar.

No terceiro encontro, Irene começou seu relato dizendo sobre a importância do sorriso e da paciência. “Traz paz de espírito, bons fluídos. Eu sorrio por nada, feito boba”. Ela relatou sobre alguns usuários do CERSAM/CAPS que não cumprimentam as pessoas, não conversam, “têm a energia carregada”.

Relembrou a época em que andava muito a pé, saía de casa sem dinheiro e atravessava a cidade. Pegava carona quando era nova e chegava a trocar de cidade. Depois de adulta, ela diz que não conseguiria mais carona. “Velho é excluído, igual ao doente mental, as pessoas têm muito preconceito. Não interessa ajudar o velho e nem o doido” disse, narrando a sua exclusão.

Atualmente, ela contou, raramente saía de casa, a não ser quando ia para o CERSAM/CAPS. Só sabia andar perto da pensão, não ia longe para não ficar perdida. Dizia não sentir falta de passear. “Eu já fiz muito passeio, já fiz de tudo nessa vida, tenho uma grande experiência. Minha vida agora se resume a tranquilidade e paz”.

Afirmava ter abandonado “as coisas rotineiras da vida”. Não tinha medo da morte, acredita em vida após a morte. “Falar de morte pra mim é a mesma coisa que falar de vida. Sei que não terei uma morte violenta, porque me dou bem com todo mundo”.

Irene aguardava, há meses, a pensão de seu pai. O processo estava tramitando na justiça. Ela planejava retribuir à dona da pensão todas as caridades feitas para ela por lhe cobrar mais barato a mensalidade.

Falou sobre o CERSAM/CAPS como sendo um lugar especial. Voltava a falar da energia do ambiente, da energia pesada, de pessoas cheias de problemas, que falavam palavrões. Os problemas eram espirituais tam-

bém. Disse acreditar que as coisas boas aconteciam paralelamente às coisas ruins.

Relembra uma situação em que mereceu um agrado da equipe do hospital psiquiátrico onde estivera internada. Não acreditava em coincidências, e sim em merecimento. Disse que Deus é quem manda o sofrimento que as pessoas precisam e que esses sofrimentos não são por acaso. Há que se ter muita paciência e fé, acreditar nas coisas boas e ter abertura para o amor.

Voltou, então, a contar sobre suas experiências em várias comunidades religiosas. Foi assim que aprendeu a agradecer por tudo, pelas coisas boas e pelas ruins também, pois trouxeram evolução para ela. Relembrou suas internações psiquiátricas e disse que nos hospitais psiquiátricos não existe isso. Com a saída dela dos hospitais e com a participação nas comunidades religiosas, ela aprendeu a mudar seu comportamento. Isso só fez bem a ela, porque hoje em dia tinha “a cabeça boa, tranquila. Levo uma vida tranquila”.

No final, terminou a entrevista com um abraço e agradeceu, como de costume. Nesse encontro trouxe em seu relato temas como o CERSAM/CAPS, os outros usuários, mais uma vez a religião, suas internações, o território e a cidade, além de seus direitos. Incluiu temas como o medo da morte e a caridade da dona da pensão. No entanto, podemos antever o sujeito que deriva, em situação de risco e profundamente só. Sua circulação se limita. O serviço de saúde mental aparece associado à ideia da energia pesada e o misticismo a redime. Paz é o que ela insiste em conquistar: paciência, fé, tranquilidade.

Irene iniciou seu relato, no quarto encontro, na semana seguinte, pelo CERSAM/CAPS. “Ah, o CERSAM é tudo pra mim”. Já tivera muitas dificuldades na vida devido à sua “doença”, termo utilizado por ela mesma. Quando chegou ao CERSAM/CAPS, já estava começando a mudar seu pensamento, queria mudar as coisas que estavam erradas nela, em vez de querer mudar os outros. Começou a direcionar seu pensamento para as coisas boas. Parou de implicar com as pessoas, parou de ter raiva.

Os medicamentos ajudaram, mas não foi só isso. “Teve o meu esforço também.” Falou de sua referência técnica no serviço – um enfermeiro – e da importância dele. “O CERSAM foi muito importante pra mim,

porque lá eu comecei a ter contato com as pessoas e a exercitar a minha nova pessoa.”. Contou que começou a pensar nas mudanças por quais queria passar e como ela teria que mudar. Afirmou que essa mudança dependeu muito dela, mas o CERSAM/CAPs lhe deu um “espaço para viver.”.

Sentia-se ainda muito bem lá. “É a minha forma de relacionar, eu não tenho uma família.”. Contou acerca dos demais moradores da pensão e das amizades que fez lá. A dona da pensão é tradicional e não gosta que Irene converse demais com os homens que moram lá. “O CERSAM é a minha família, a minha casa.”.

Sobre as atividades grupais, contou que participava das saídas terapêuticas, do alongamento e das oficinas da terapia ocupacional. Desenho e pintura eram as atividades que ela mais gostava. Mas não se sentia na obrigação de participar sempre que era convidada. Quando não sentia vontade, recusava o convite. Foi acolhida pelo CERSAM/CAPS em um momento delicado de sua vida: estava precisando mesmo de “cuidados” - palavra utilizada por ela. Com o passar dos cinco anos, as pessoas que lá frequentam se tornaram importantes, porque foi com elas que Irene começou a novamente conviver. Outra importância citada do serviço é que lá ela tinha almoço, o que diminuía a despesa da dona da pensão. “Eu fico pensando nela, nos gastos que eu gero para ela.”. E reconheceu mais uma vez a caridade da senhora. Disse fazer planos para o futuro: ficar quieta, conversando na pensão, ter sossego.

Relembrou a época de sua internação no hospital. Ela morava o interior de Minas Gerais, mas não estava feliz na casa dos pais, pois brigava muito com eles. O pai a trancava do lado de fora de casa. Essa situação tornou-se insuportável para ela.

Pegou carona na estrada para vir pra Belo Horizonte. Perdeu-se no caminho, não sabia de que lado da rodovia deveria pegar carona para continuar a viagem. Ficou nervosa e teve uma crise no posto de gasolina à beira da estrada. Andava de um lado para o outro, querendo café de graça, subindo nos carros, gritando. A Polícia chegou e a levou para o hospital da cidade mais próxima. Seu discurso, quando internada, se limitava a temas espirituais, como o do autor e líder espiritual *Osho*. A família foi acionada e foi buscá-la no hospital. Ela não queria ir com os pais. O pai fez promessas que iria melhorar e ela aceitou retornar.

Depois os pais fizeram uma viagem. Vieram passar uns dias na casa do irmão em Belo Horizonte e ela foi pra casa da tia em sua cidade natal. Em poucos dias, recebeu a notícia que os pais tinham sido atropelados em BH, o que fez desencadear uma nova crise. Foi trazida para Belo Horizonte em uma caminhonete da família, contida no bagageiro, e ficou internada por oito anos no hospital depois disso. “Me largaram lá”. No hospital, começou a pintar e desenhar. Lembrou novamente que depois começou a namorar um paciente, de outra enfermaria.

Nesse relato, fica evidente a participação de Irene em seu processo saúde/doença, afirmando que seu empenho na busca da estabilidade foi importante, além das medicações e das intervenções de sua referência técnica. Sua história de fugas e crises se delineia, assim, como o abandono no hospital que se contrasta com a metáfora de família do CERSAM/CAPS e com a proteção da proprietária da pensão. Ela revela a importância da reconstrução de relações, de sua nova pessoa e das atividades reabilitativas: conviver com os amigos de energia pesada, os passeios, a comida, as oficinas, a sensação de ser cuidada, a possibilidade de dizer não. A relação de dependência configurada como caridade a incomoda e mobiliza. O futuro, no entanto, é a quietude.

No quinto encontro, Irene contou de outro namorado, um músico que conheceu em um restaurante macrobiótico. Moraram juntos em um quarto alugado. Quem pagava o aluguel para Irene era uma tia, que depois disso nunca mais teve contato com ela. Queixou-se do ciúme excessivo do namorado e das situações constrangedoras em que se envolveu por isso. Terminaram o relacionamento e ela acabou se envolvendo com outro homem. Ela lembrou os relacionamentos em sua cidade natal, namorados que teve, amigos, relacionamento com primos e primas. Conta com carinho sobre o primo que pagou a pensão (moradia) para ela por um tempo após sua alta do IPSEMG. “Todos sumiram.”.

Falou de seus antigos empregos, como secretária, auxiliar administrativa, dona de lavanderia, dona de restaurante. Trabalhava muito em casa também, cozinhava e cuidava da limpeza. “Agora eu não quero trabalhar com nada mais, nem trabalho de casa.”. Relatou sobre a dificuldade de lavar sua própria roupa, pois sentia dores nas costas e nas pernas devido ao atropelamento que sofreu. Quando pudesse pagar mais pelo aluguel do quarto, teria sua roupa lavada pela dona da pensão. Acreditava

que era a sua reza e sua fé que estavam colocando as boas coisas em seu caminho. Estava confiante na possibilidade de conseguir o Benefício de Prestação Continuada da Assistência Social (BPC-LOAS).

Sobre a longa internação no hospital, contou que a filha e a ex-sogra levavam esporadicamente objetos pessoais para ela, como cigarro, xampu, roupas, meias, etc. Ganhava também doação de roupas da equipe frequentemente.

Participava das atividades do setor de terapia ocupacional, dos grupos, das oficinas de pintura, de desenho, de artesanato e de bijuteria. Vendia as bijuterias e outras peças, mas quando percebia que a pessoa não tinha dinheiro para comprar, preferia dar de presente. Fazia desenhos com lápis de cera, lápis de cor e tinta, que eram expostos pelas paredes da instituição. Assim ela se sentia valorizada e reconhecida, além de personalizar a instituição.

No CERSAM/CAPS, seus trabalhos não eram expostos, porque ela não os estava produzindo com tanta frequência. Queixava-se dos tremores de membros superiores e de como isso atrapalhava sua produção. Dizia não poder fazer com qualidade, e sendo assim, ela optava por não tentar.

O que fazia bem a ela no CERSAM? Atividade de relaxamento, meditação, desenho, pintura e, principalmente, conversar com as pessoas.

“Isso me reabilita porque me faz ver o defeito do outro e me faz ver que eu não tenho mais esse problema. Graças a Deus, eu não sou assim. Sou Irene e não quero ser ninguém mais. Eu gosto de seu eu, de ser respeitada com todos os meus erros e defeitos. Gosto dos erros que eu cometi, porque eles me abriram os olhos e me fizeram aprender.”.

Fez a escolha de não passear e de ficar grande parte do tempo na pensão. *“Sou eu que quero.”.*

Se intitula como dona do autocontrole. Não se importa mais com a família que a abandonou. Voltou a falar que não tem medo da morte e sobre a leitura da bíblia. Acredita que Jesus está perto dela.

Relatou mais uma vez sobre como sua relação com seus pais era difícil. Ela criticava o comportamento deles e isso gerava a dificuldade de relacionamento. Ela cobrava que eles agissem dentro dos comportamentos que ela gostaria.

“Eu acho que causo tanto impacto, porque eu faço o que quero. Eu fiz muita coisa doida sem medo de fazer, tive coragem. Tem gente que leva uma vida tão certinha, e a minha vida foi tão tumultuada, cheia de aventuras. Você deve estar chocada com as minhas histórias, né?”.

E encerrou os relatos do dia com um abraço e mais um agradecimento.

Ela abordou nesse encontro os temas: relacionamentos e amor, abandono familiar, violência, incapacitação para o trabalho, seus direitos, sua autonomia, o CERSAM/CAPS e o hospital (certa nostalgia), drogas e a tensão em família. A pessoa produtiva cede a uma história de sofrimento e o serviço de saúde mental soa como um lugar onde sua presença é possível, sem pressão ou atropelos: relaxamento, meditação, desenhos, pintura e possibilidades de comunicação.

No sexto encontro ela se queixou da energia do CERSAM/CAPS e como isso atrapalhava a sua noite de sono. Na noite anterior, ela meditou e rezou, e só assim conseguiu dormir melhor. Durante a meditação, relatou uma experiência de ter parado de sentir seu corpo, passou a sentir somente a sua respiração. Viu prédios iluminados, nuvens e *Krishna* com uma mulher brincando nas nuvens. Afirmou ter tido uma visão durante a meditação.

Quando tinha essas visões, disse que passa a semana toda bem, tranquila. Fala de seus “amigos espirituais” e acredita que eles aparecem porque ela está agradando a eles. Fala de boas energias e sobre as visões que já teve. *“É um trabalho que faço, não é de um dia para o outro.”.* Lembra-se de uma visão que teve em sua cidade natal, que foi sua primeira visão. Era adolescente e afirma ter visto uma senhora agachada ao pé de sua cama fazendo caretas. Passou a frequentar um travesti umbandista para resolver esse problema. Por indicação dele, começou a tomar banhos de ervas e tomou passes para melhorar. Fez um ritual de colocar fogo no chão em volta dela. A família não concordava com Irene ter contato com esse travesti e isso causou alguns conflitos. Contou sobre uma amiga também usuária do CERSAM/CAPS que era umbandista.

Queixou-se de pagar menos na pensão. Não podia pagar o valor integral. Sentia-se incomodada com isso. Estava ansiosa aguardando a pensão do pai e o LOAS. Achava que, por tudo de bom que vinha acontecendo

com ela, o dinheiro da pensão sairia. Fazia planos para usar este recurso, acreditando que teria mais autonomia.

Relembrou sua infância e adolescência em sua cidade natal no interior do estado. Por ter sido a sua família a fundadora da cidade, existe até uma rua com o nome e sobrenome de Irene, que era o mesmo nome de sua avó. Sua mãe era orgulhosa e preconceituosa, não gostava de pessoas negras, de mendigos ou pobres. Proibia Irene de conversar com essas pessoas. Discursou sobre homossexualidade e contou sobre um auxiliar de enfermagem do CERSAM/CAPS e de um médico que a assistiu em uma de suas internações, que eram homossexuais. Falou de forma delicada sobre isso, dizendo respeitar a escolha das outras pessoas, assim como gostaria que respeitassem as escolhas dela.

A morte não a assustava, mas o suicídio, sim. Falava de suicídio e que as pessoas, quando acabam com sua vida, sofrem depois de mortos.

Falou muito sobre espiritualidade e justificava, dizendo que foi isso que marcou sua vida. *“É isso que me dá assunto, eu não gosto de falar de futebol ou de moda.”* Se não fosse sua crença, hoje ela estaria desesperada com a falta de dinheiro. Sua crença a ajuda a manter a calma.

Terminamos o encontro nesse dia sem agendarmos um próximo. Os assuntos abordados por ela foram: o CERSAM/CAPs e internações em hospitais, delírios e alucinações, religião e espiritualidade, família, exclusão social, homossexualidade, morte e suicídio.

Passaram-se duas semanas e houve um reencontro no CERSAM. Ela estava em permanência-dia. Irene, afetivamente, perguntou se precisaria de outro relato dela e concluiu: *“Ah, acho que já está bom, já te contei tudo.”* Colocamo-nos à disposição, caso ela quisesse retomar os encontros a qualquer momento.

Posteriormente, a narrativa transcrita e encadernada foi oferecida a ela para ler e dar seu parecer. Nosso sétimo encontro foi na pensão. A entrevistadora chegou sem avisá-la e a mesma estava dormindo depois do almoço. Recebeu bem, fez elogios, foi afetuosa. Com os olhos cheios d'água, ela agradeceu e exclamou *“Não é que a minha vida virou mesmo um livro!”*. Irene disse que leria o “seu livro” rapidamente e que daria um retorno dentro de uma semana.

No último encontro, de retorno, sem marcação anterior e no formato de uma visita, ela estava assentada no portão, segurando o material, acompanhada de outro morador da pensão. Apresentou a entrevistadora como *“quem escreveu a minha história nesse livro.”* O morador amigo disse que ganhou de presente de Irene uma tela pintada, que estava pendurada na parede de seu quarto. Ela convidou a entrevistadora para entrar em seu quarto, para conversar. Pediu poucas mudanças no texto, somente em dois termos usados por ela sobre as questões religiosas, e explicou o sentido dos mesmos.

Contou que passou a receber o LOAS, além do recurso do Programa De Volta Para Casa, e que assim estava podendo pagar o valor integral da pensão. Até se mudara para um quarto melhor, mais amplo. Apesar de ela reconhecer esse quarto como sendo melhor e mais confortável, ainda era bem simples e pequeno. A parede estava sem pintura, o teto sem laje, sua cômoda estava quebrada e sem portas, assim como a cadeira, a pequena janela não tinha cortina e estava com um vidro quebrado. O banheiro era comunitário, fora de seu quarto. Mas ela se sentia satisfeita, planejava arrumar o móvel e esvaziar a única prateleira do quarto, que ainda estava com objetos do antigo morador.

Contou que, depois de 15 anos, iria ao salão de beleza fazer as unhas dos pés e das mãos. Essa ida ao salão só seria possível porque ela estava ganhando o segundo benefício. Ela passou a ter um recurso financeiro para cuidar de si. Reconhecia outros benefícios que teve com a melhoria de sua renda. Passou a pagar o valor integral à dona da pensão, assim, tem incluído no valor todas as refeições e a sua roupa lavada. Poderia ir ao CERSAM/CAPs somente uma vez por semana e tinha tido dinheiro para comprar seus produtos de higiene pessoal, roupas, ir ao salão e à farmácia. Estava muito satisfeita com isso, parecia ter recuperado seu conforto e alguma tranquilidade financeira.

Entre teorias e prática: uma vida possível para Irene

O contato com a prática, narrada por uma usuária dos serviços de saúde mental, considerada como um importante exemplo de processo reabilitativo, é provocador. Delineia-se uma história de múltiplas perdas que nos desafiam: onde e qual reabilitação ocorreu? Não é pretensão deste

artigo esgotar as questões, mas compartilhar a perspectiva do usuário, deixando entrever a delicadeza do processo do seu ponto de vista.

O tempo e o sofrimento comprometeram profundamente a capacidade de circulação, trabalho e expressão de Irene. De suas múltiplas experiências de vida – afetiva e produtiva – muito pouco restou. A família se restringiu a uma filha com a qual ainda mantém contato. Os afetos se sustentam nas relações com os demais moradores da pensão e os usuários do CERSAM/CAPs, onde se destaca o vínculo com o enfermeiro que é a referência técnica do caso em questão. As relações sociais degradadas se organizaram no registro da generosidade e caridade encontrada na figura da proprietária da pensão onde Irene habita, mesmo que circunscrita a um cenário de extrema simplicidade e insuficiências. Essas relações se reconfiguram com o apoio do LOAS e do Programa de Volta para Casa: parques, porém fundamentais. Irene propõe a praça pública como o espaço de encontros, além de oferecer a intimidade do refeitório e do quarto. Os passeios e a vida inquieta já não são convidativos. Ela evoca a paz, a quietude e a tranquilidade como metas de vida e sustenta tal desejo no discurso religioso, comprometido com seus sintomas no sofrimento mental. A autonomia e a contratualidade estão distantes dos horizontes de cidadania plena, mas se sinalizam em pequenas operações que denotam escolhas, recusas e, apesar de tudo, atitude crítica e reflexiva em relação à própria história. Irene está bem. Ela fuma, realiza suas pequenas atividades e conexões com delicadeza, sonha em pintar as unhas, presenteia os amigos e agradece. O serviço de saúde mental é um porto seguro, mesmo que ali encontre também desconforto nas relações com outros usuários. Ali ela também dedica um pouco de si quando reza, quando também acolhe e orienta as “pessoas com energia pesada”. As portas dessa casa não podem se fechar para ela, como remeteu à casa paterna. Restam sonhos da jovem de classe média do interior de Minas, bela e arrojada? Ela não quer mais se perder: aceita o cuidado e constrói a “nova pessoa”, dona do autocontrole.

Ela disse tudo? Provavelmente não.

O projeto de reabilitação psicossocial de Irene foi sendo tecido em parceria com a usuária que dele necessitou, de maneira particularizada, ao longo de cinco anos.

Ao nos aproximarmos da prática, fica muito claro que não existe uma receita única de reabilitação ou algo que se enquadre para todas as pessoas em sofrimento mental ou que possa ser reduzido a uma única perspectiva teórica. Em sintonia, no entanto, com as tendências clínicas e críticas, destaca-se que é preciso, além de escutar, acompanhar o sujeito, apoiar e propor pequenas decisões que remetem ao cotidiano, compreender seu histórico vital e ocupacional, seu sofrimento e possibilidades de recuperação, respeitar seus valores e o território tecido por onde ele circula. A partir dessa compreensão, seria possível criar, junto com ele, estratégias psicossociais para “reabilitá-lo”, ou inseri-lo, ou pelo menos conter seu processo de exclusão social.

Irene ilustra a forma radical como uma sequência de transtornos pode comprometer a vida e o futuro. A jovem que fugia do desconforto da inserção, num contexto de uma tensa família interiorana de classe média, acaba encontrando relativa estabilidade em uma precária, mas acolhedora, pensão, na condição de baixa renda, embebida no discurso religioso que sustenta seu sonho mais ambicioso: paz. Estabilização no sofrimento? Ela não é a mesma pessoa do período anterior à crise. Não há o que “retomar”, especificamente. Seus talentos e possibilidades se converteram no vivido e não alimentam o cotidiano possível de quem quer evitar o sofrimento e as “más energias”.

Um importante investimento foi crer nas soluções particulares que o sujeito psicótico é capaz de criar para se “reabilitar”, para se colocar no mundo, mesmo que ainda permaneça evidente a marca da exclusão social. Irene é uma senhora empobrecida e distante da família, dependente da boa vontade das poucas pessoas com as quais convive. Desse modo, é preciso desconstruir o saber prévio, ter disponibilidade para aceitação e acolhimento que permitam ao usuário sair da posição de objeto e consentir em seu próprio tratamento. As condições em que isso pode ocorrer são, por vezes, desconcertantes e distantes do aparato que é preconizado pelas metáforas da cidadania e capacidade de barganha (metáfora do sujeito no mercado) que insiste nos textos teóricos. Irene não quer trabalhar. Ela não quer ser forçada a lavar suas roupas na pensão e fazer atividades nos serviços reabilitativos. O relato aponta para expectativas pequenas, do ponto de vista da capacidade contratual e de conquista de direitos, nos fazendo pensar em uma rede de proteção intersubjetiva e delicada.

Irene criou estratégias de enfrentamento de problemas, mudou sua forma de lidar com a vida, buscou alguns direitos e sua cidadania se exercita nos estreitos limites do território que integra seu quarto e o serviço de saúde mental. Seria um processo de reinserção, pouco alvissareiro à primeira vista. Ela ambiciona fazer as unhas e romper com o vínculo caritativo que a abrigou inicialmente. O cotidiano empobrecido contrasta com a complexa referência religiosa e a capacidade de resistência. Nem lazer, nem trabalho, nem habitação digna. Ócio, pequenos fazeres, um quatinho na pensão. Mas isso nos afastaria da ideia de uma recuperação de cotidiano, de identidade, de uma invenção de vias próprias para a usuária viver na cidade, como preconiza Mângia e Nicácio (2001)? Haveria a autonomia sinalizada por Kinoshita (1996) e Saraceno (1999)? Podemos elencar as novas trocas sociais que se configuram num cenário de estabilização psíquica e que têm no profissional de referência do CERSAM/CAPS um ponto vital? Haveria nisso algum tipo de cronificação? Ou seria a autonomia, em suas tintas liberais, o grande mito a ser desconstruído? Irene, atualmente, tem alguma autonomia, pois consegue gerir sua própria rotina, fazer escolhas e criar regras e limites como os que a afastam de outros dispositivos da rede.

O CERSAM/CAPS é um serviço de saúde mental em que se faz clínica capaz de resposta aos casos graves e onde se considera a participação dos usuários como sendo fundamental para a busca de seus direitos e espaço vital, valorizando as saídas construídas por cada um dos sujeitos. A avaliação dos resultados depende profundamente disso.

Trata-se, portanto, de uma mulher, de 55 anos, que, após passar pelas experiências relatadas, criou outra forma de viver, algo que ela própria escolheu e que trouxe a ela grandes mudanças pessoais e de trajetória de vida. Essa é uma “Irene possível”. Irene revela uma história pessoal de sofrimento mental, abandono familiar e confisco de direitos, em que ela própria buscou suas saídas com o suporte da equipe de referência. Ela revela, assim, algo que não é só dela, mas que diz respeito a vários usuários do CERSAM. Pode-se entender esse relato como o reflexo de inúmeras outras experiências dos usuários dos serviços de urgência psiquiátrica mineiros, em que há outros frequentadores também com histórias pequenas e importantes para contar e escutar. Os relatos de Irene ajudaram a refletir sobre uma trajetória possível de tratamento de um caso acompanhado no CERSAM, considerado bem-sucedido.

A experiência narrada nos ajuda a entrever a onipotência dos horizontes reabilitativos marcados por formulações prescritivas e revela o desconfortante diálogo como o real e a grandeza possível que se sustenta na resistência de Irene: sua revelada força na permanente reconquista da vida. Reabilitar é proteger e promover a vida a ser vivida.

Referências

- Barbier, R. (1985). A pesquisa ação na instituição educativa. Rio de Janeiro: Zahar.
- Barros, V. A. & Silva, L. R. (2002). A pesquisa em história de vida. In I. B. Goulart (Org.), *Psicologia organizacional e do trabalho; teoria, pesquisa e temas correlatos* (pp. 134-158). São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Basaglia, F. (1979). A psiquiatria alternativa – contra o pessimismo da razão, o otimismo da prática. São Paulo: Brasil Debates.
- Benetton, M. J. (1996). Terapia ocupacional e reabilitação psicossocial: uma relação possível? *Rev. Ter. Ocup.*, 4(7), 53-58.
- Castro, E. D., Lima, E. M. F. A., & Brunello, M. I. B. (2001). Atividades humanas e Terapia Ocupacional. In M. M. R. Carlo & C. C. Bartalotti (Orgs.), *Terapia Ocupacional no Brasil – fundamentos e perspectivas* (pp. 41-59). São Paulo: Plexus.
- Chauí, M. (1973). Os trabalhos da memória: introdução. In E. Bosi, *Memória e sociedade: lembranças de velhos*. São Paulo: Edusp.
- Guerra, A. M. C. (2004). Reabilitação psicossocial no campo da reforma psiquiátrica: uma reflexão sobre os controversos conceitos e seus possíveis paradigmas. *Rev. Latinoam. Psicopat. Fund.*, 7(2), 83-96.
- Goulart, M. S. B. (2007). *As raízes italianas do movimento antimanicomial*. SP: Casa do Psicólogo.
- Kinoshita, R. T. (1996). Em busca da cidadania. In C. M. P. Henrique (Org.), *Contra a maré à beira mar: a experiência do SUS em Santos* (pp. 39-49). São Paulo: Página Aberta.
- Maciel, S. C., Barros, D. R., Silva, A. O., & Camino, L. (2009). Reforma psiquiátrica e inclusão social: um estudo com familiares de doentes mentais. *Psicologia: Ciência e Profissão*, 29(3), 436-447.
- Mângia, E. F. & Nicácio, F. (2001). Terapia ocupacional em saúde mental: tendências principais e desafios contemporâneos. In M. de Carlo & C. Barta-

- lotti (Org.), *Terapia ocupacional no Brasil: fundamentos e perspectivas* (pp. 63-80). São Paulo: Plexus.
- Minayo, C. (Org.). (1994). *Pesquisa social: teoria, método e criatividade*. Petrópolis, RJ: Vozes.
- Ministério da Saúde. (2004). *Secretaria de Atenção à Saúde/DAPE. Saúde mental no SUS: os Centros de Atenção Psicossocial*. Brasília, DF: Autor.
- Oliveira, A. G. B., Alessi, N. P. (2005). *Superando o manicômio? desafios da reforma psiquiátrica*. Cuiabá: Ed UFMT.
- Organização Mundial de Saúde – OMS. (2001). *A saúde mental pelo prisma da saúde pública*. In *Relatório sobre a saúde no mundo 2001: Saúde mental: nova concepção, nova esperança* (pp. 1-16). Genebra: OPAS/OMS.
- Pitta, A. M. F. (2001). *O que é reabilitação psicossocial no Brasil, hoje?* In A. Pitta (Org.), *Reabilitação psicossocial no Brasil* (pp. 19-26). São Paulo: Hucitec.
- Rotelli, F. (1993). *Re-habilitar la re-habilitación*. In *Rede Internacional das Práticas de Luta contra Exclusão Social*. Acesso em 24 de março, 2012, em http://exclusion.net/images/pdf/47_comoq_riabilitare_es.pdf.
- Saraceno, B. (1998). *A concepção de reabilitação psicossocial como referencial para as intervenções terapêuticas em saúde mental*. *Revista de Terapia Ocupacional da Universidade de São Paulo*, 9(1), 26-31.
- Saraceno, B. (1999). *Reabilitação como cidadania*. In *Libertando identidades: da reabilitação psicossocial à cidadania possível* (pp. 111-142). Rio de Janeiro: TeCorá.
- Saraceno, B. (2001). *Reabilitação psicossocial: uma estratégia para a passagem do milênio*. In A. Pitta (Org.), *Reabilitação psicossocial no Brasil* (pp. 13-18). São Paulo: Hucitec.
- Silva, A. P., Barros, C. R., Nogueira, M. L. M., & Barros, V. A. (2007). *“Conte-me sua história”: reflexões sobre o método de história de vida*. *Mosaico – Estudos em Psicologia*, 1(1), 25-35.
- Turato, E. R. (2005). *Métodos qualitativos e quantitativos da área da saúde: definições, diferenças e seus objetos de pesquisa*. *Revista de Saúde Pública*, 39(3), 507-514.
- Valentini, W. A. H. & Vicente, C. M. (2001). *A reabilitação psicossocial em Campinas*. In A. Pitta (Org.), *Reabilitação psicossocial no Brasil* (pp. 48-54). São Paulo: Hucitec.
- Venturini, E., Galassi, A., Roda, A., & Sergio, E. (2003). *Habilitar-se em saúde mental: observações críticas ao conceito de reabilitação*. *Arquivos Brasileiros de Psicologia*, 55(1), 56-63.

O acompanhamento terapêutico como dispositivo clínico-político de atenção à adolescência na saúde mental

Lorena Pinheiro Rocha

Analice de Lima Palombini

Introdução

Quando a gente encontra alguém, como dizem alguns pensadores, a gente encontra uma obra de arte, porque todos nós, na produção das nossas existências, produzimos obra de arte. A existência é uma obra de arte; e ela é tão instigante quanto qualquer pintura genial. A obra de arte consegue nos convocar sensivelmente, e, então, deixamos o pensamento para depois, porque quando chegamos com o corpo pensamento antes do corpo sensível para ver um quadro, não vemos o quadro e não deixamos o quadro nos ver.

Emerson Merhy¹

Nos últimos anos, os serviços de psicologia têm recebido, em maior número, adolescentes em sofrimento psíquico agudo, que se encontram com seus vínculos familiares e/ou escolares rompidos. Além dos sintomas que se manifestam como testemunhos de uma psicopatologia juvenil, esses pacientes vêm apresentando expressões de uma espécie de exílio interior, impondo, assim, a necessidade de modalidades de trabalho capazes de viabilizar pontos de ancoragem que venham a romper com a posição de fora do mundo na qual se encontram.

Nesse contexto, considerando as novas amarrações no campo social, a psicologia vem sendo interrogada e levada a se engajar em debates que a transportam para além do modelo da clínica tradicional, passando a ser convocada a atuar frente aos grandes desafios impostos pelas mutações do laço social contemporâneo.

¹ Trecho retirado de uma entrevista com Emerson Marhy no Encontro Regional da Rede Unida. Disponível em: https://www.youtube.com/watch?v=_F_g5ihrJtA

O Acompanhamento Terapêutico (AT) parece construir modos de fazer frente a essa problemática, à medida que oferece uma circulação pela cidade e, assim, um deslocamento físico e subjetivo, que poderia funcionar como uma metáfora da própria operação adolescente: deslocar-se do laço familiar em direção ao social; deslocamento esse que pode vir a funcionar como um meio pelo qual o adolescente consiga construir e se apropriar de um lugar para si.

Nesse sentido, o presente trabalho busca investigar as contribuições do AT, enquanto dispositivo² clínico-político, à clínica da adolescência no campo da saúde mental, no sentido de pensar como se poderiam oferecer novas perspectivas ao tratamento de jovens que apresentam queixas de sofrimento psíquico grave, mas se mostram resistentes ou pouco receptivos aos atendimentos clínicos tradicionais.

A atenção à infância e à adolescência no campo da saúde mental: o que se tem proposto?

Após mais de vinte anos desde a implantação da reforma psiquiátrica no Brasil, os avanços observados nas propostas assistenciais dos serviços públicos de saúde mental, no que diz respeito às suas experiências no atendimento a adultos, se mostram indiscutíveis (Guerra, 2005). Em relação ao público infanto-juvenil, no entanto, o que se presencia é uma dívida histórica, se assim pudermos chamar, referente a uma não responsabilização estatal, durante um longo período, pelo cuidado e tratamento de crianças e adolescentes em sofrimento psíquico, sob o risco permanente de rompimento de seus laços sociais, tendo tido como consequência o tratamento ausente ou inadequado desse setor da população (Couto, 2004; Ministério da Saúde, 2005).

Durante muito tempo, a representação de crianças e adolescentes no cenário das diretrizes de políticas públicas de saúde mental apresentou-se vinculada aos comportamentos tomados como desviantes dos ideais apontados pela sociedade, fossem eles médicos, pedagógicos ou sociais, e não havia uma preocupação em se propor um planejamento

² Partindo de uma acepção foucaultiana do termo, 'dispositivo' refere-se a "uma série de práticas e de mecanismos (ao mesmo tempo linguísticos e não-linguísticos, jurídicos, técnicos e militares) com o objetivo de fazer frente a uma urgência e de obter um efeito" (Agamben, 2005, p. 11).

assistencial específico para esse público. Nesse contexto, a noção persistente, embora muitas vezes implícita, de 'deficiência' – seja mental, social (pobreza) ou moral (delinquência) – acabou por determinar a montagem de dispositivos mais pedagógicos que clínicos, marcados por um ideário protecionista, e a consequente construção de um modelo de assistência com forte tendência à institucionalização (Couto, 2004). Segundo Guerra (2005), tal modelo partiu dos programas de aprendizagem e adaptação escolar, com a criação, por exemplo, de classes especiais, internatos médico-pedagógicos, métodos de avaliação da inteligência, dentre outras ações, em geral, desconectadas da assistência psiquiátrica.

Nesse sentido, o início do século XX foi palco do engendramento de medidas embasadas em uma lógica higienista e de inspiração normativo-jurídica, que acabou por expandir a oferta de instituições fechadas voltadas à atenção ao público infanto-juvenil. A demanda que se colocava era de "conserto" desses sujeitos, por meio de um saber que se pretendesse "ortopédico" (Ministério da Saúde, 2005).

Observava-se, assim, não sem influência da força do Movimento da Reforma Psiquiátrica Brasileira, a urgência de uma efetiva mudança no curso dessa história, o que impunha "a consolidação de um novo modelo de assistência – de base comunitária e não mais institucionalizante –, dirigido a novos cidadãos: sujeitos de direitos e de responsabilidade, não mais deficientes" (Ministério da Saúde, 2005, p. 8), no seio do qual se pudessem criar estratégias para incluí-los, com suas diferenças, no cotidiano da vida em sociedade.

Significativos são os esforços na implementação e consolidação de redes de atenção à infância e à adolescência, principalmente após a promulgação do Estatuto da Criança e do Adolescente, em 1992, embora ainda haja muito em que se precise avançar. Poderíamos citar, em especial, a Portaria MS 336/02, que destaca orientações políticas destinadas, especificamente, à assistência em saúde mental infanto-juvenil, definindo, dentre outros assuntos, as atribuições dos Centros de Atenção Psicossocial Infanto-Juvenil – CAPSi. As Conferências Nacionais de Saúde Mental, a partir de sua segunda edição, convergem no sentido de chamar a atenção para essa parcela da população que, por muito tempo, ficou desassistida de equipamentos de saúde mental específicos. Podemos acrescentar, ainda, o Fórum Nacional de Saúde Mental Infanto-Juvenil, que abriu um

importante espaço de diálogo entre diferentes setores, governamentais ou não, “consolidando as redes de serviços, de forma que possam fazer frente aos diferentes problemas apresentados pelas crianças e pelos adolescentes portadores de transtornos mentais” (Ministério da Saúde, 2005, p. 9). A elaboração do documento “Caminhos para uma Política de Saúde Mental Infanto-Juvenil” traça, além das perspectivas históricas acerca do atendimento a esse público, considerações técnicas fundamentais para a discussão e implementação dessa política no âmbito do Sistema Único de Saúde – SUS.

Parece ser consenso, portanto, que a implementação de redes de atenção voltadas ao público infanto-juvenil exige uma série de estratégias que se diferenciam daquelas adotadas no cuidado ao adulto, o que decorre da necessidade de que se leve em consideração algumas especificidades inerentes às operações psíquicas com as quais os sujeitos em questão encontram-se envolvidos. Quais particularidades, então, entram em cena quando se lida com crianças e adolescentes no campo da saúde mental?

Em primeiro lugar, a presença da família se torna especialmente necessária, já que se trata de um público legal e psicologicamente dependente dos pais ou representantes. Nesse sentido, ratificando a importância do engajamento da família no processo terapêutico de crianças e adolescentes, o documento “Caminhos para uma Política Pública de Saúde Mental Infanto-Juvenil” aponta, como uma das diretrizes operacionais norteadoras para os serviços de saúde que se proponham a atender esse público, que os responsáveis pela criança ou pelo adolescente a ser cuidado devem ser envolvidos no processo de atenção, situando-os, também, como sujeitos da demanda, já que, na maioria dos casos, é pelas mãos dos pais ou representantes que esses sujeitos chegam aos serviços de saúde mental. Além disso, é imprescindível que o trabalho seja construído em parceria com outros saberes, tais como a pediatria e a pedagogia, buscando criar estratégias inclusivas, que não corroborem com o apelo social de identificar esse público ao lugar de impotência, de incapacidade em se adaptar à vida em sociedade. É preciso, também, que se estabeleça uma parceria com outras políticas públicas que façam parte do cotidiano dessa população, tais como as voltadas à cultura, à educação, ao esporte etc. Por fim, ainda citando o referido documento, é importante “conduzir a ação do cuidado de modo a sustentar, em todo o processo, a condição da crian-

ça ou do adolescente como sujeito de direitos e de responsabilidades, o que deve ser tomado tanto em sua dimensão subjetiva quanto social” (p. 16). Nesse sentido, crianças e adolescentes devem ser compreendidos não apenas como cidadãos, com direitos e responsabilidades sociais, mas também como sujeitos, responsáveis por seu desejo e por seu sofrimento psíquico, e não meramente passivos diante do que lhes acomete.

Tendo sido contextualizado, primeiramente, o campo da saúde mental, no que diz respeito às suas propostas assistenciais voltadas ao público infanto-juvenil de um modo geral, passemos à especificidade do público que irá nortear a discussão que se segue – a saber, os adolescentes. Mas o que há de específico na adolescência que exija a construção de redes de atenção com características próprias e diferenciadas daquelas oferecidas à infância e à vida adulta?

Partindo da psicanálise, teoria que subsidia esse trabalho, a adolescência não se define por meio de fases do desenvolvimento ou de etapas cronológicas, mas como uma operação psíquica de passagem do lugar que se ocupa na família em direção ao laço social, na qual entram em cena processos constitutivos do sujeito adolescente. Nesse sentido, a teoria psicanalítica rompe com uma concepção de adolescência tomada enquanto um prolongamento da infância.

Acompanhado de evidentes transformações corpóreas, o adolescer é marcado pelo encontro com o real do corpo pubertário, o que implica numa reconstrução da imagem corporal, já que aquela que fora construída na infância encontra-se perturbada. Esse “novo” corpo do adolescente, semelhante ao do adulto, não muda apenas de forma, mas também de estatuto. Muda de estatuto em virtude de a genitalidade passar a ocupar uma posição dominante para o sujeito, tanto porque o ser humano só conquista a sua identidade quando pertencente a um dos dois sexos, quanto porque é nesse novo corpo que o outro vai reconhecer um corpo desejável e desejante. Esse outro, portador do olhar, no entanto, não é mais um dos pais, como na infância, mas um semelhante (Rassial, 1999). O jovem encontra-se, assim, impulsionado a empreender um trabalho psíquico de construção de novos referenciais simbólicos que venham a sustentá-lo fora da família e na sua circulação pelo mundo (Rassial, 1997).

O fato de situarem-se nesse momento de passagem implica em que suas operações psíquicas e o modo peculiar como constituem laço social

tornem-se questões imprescindíveis para que se pense a montagem de dispositivos de atenção voltados para esse público que, não raro, mostra-se inacessível ou pouco receptivo às modalidades clínicas tradicionais.

A construção de dispositivos de atenção à adolescência no campo da saúde mental

Apesar dos esforços em se construir uma rede de atenção que leve em consideração as necessidades específicas do sujeito adolescente, ainda se percebe certo distanciamento entre esse público e os serviços de saúde mental que lhe são destinados, o que vem sendo, reiteradamente, sinalizado por pesquisadores e trabalhadores desse campo. Essa distância, segundo Vicentin & Gramkow (s. d.), pode ser compreendida tanto enquanto uma “dificuldade de adesão” dos adolescentes quanto como uma escassez de serviços de saúde mental voltados para esse público. Além disso, as autoras acrescentam que, em muitas situações, essas instituições são percebidas como pouco acolhedoras aos jovens, o que consideram ser decorrente, dentre outros fatores, de um hiato cultural e, até mesmo, etário que se coloca entre os profissionais e os usuários. Observa-se, portanto, um conflito entre a lógica do adolescente e a do funcionamento dos serviços, o que acaba por dificultar o reconhecimento desses locais como recurso possível para se recorrer em caso de necessidade.

Outro ponto que merece consideração e, de certa forma, se relaciona com o anterior decorre do fato de que a adolescência pode aparecer como um momento de loucura, primeiramente porque é comum que a eclosão de uma psicose se dê no registro de uma crise da adolescência – daí a dificuldade de se realizar um diagnóstico diferencial entre um surto delirante de um sujeito neurótico e uma crise aguda decorrente de uma psicose já constituída. Em segundo lugar, porque os adolescentes frequentemente surgem como aqueles que mais facilmente poderiam corresponder a um diagnóstico de estado-limite. Por último, porque as questões da adolescência, referidas ao corpo, à identidade, ao papel sexual, bem como à inscrição do sujeito na ordem social, identificam-se com aquelas levantadas pelas psicoses (Rassial, 1999). Nesse sentido, é importante que os profissionais responsáveis pelo atendimento desse público estejam alerta para as implicações que esse momento de passagem acarreta para a sub-

jetividade do sujeito adolescente, de modo a evitar o risco de inadequações no tratamento proposto para cada caso, bem como diminuir o hiato que se coloca entre usuários e equipe.

É preciso, portanto, que se proponha a construção de modalidades de intervenção capazes de oferecer novas perspectivas ao tratamento desses jovens, sustentadas por estratégias que levam em consideração as particularidades inerentes à adolescência, no que se refere às suas operações psíquicas e ao modo como constituem laço social. Para tanto, ainda segundo Vicentin & Gramkow (s. d.),

São necessárias políticas públicas de saúde voltadas para os jovens que respeitem suas particulares necessidades não somente na linguagem, mas também no conteúdo e na forma da atenção. A proposição de políticas públicas de saúde para jovens deve avançar no desenvolvimento de ferramentas teórico-conceituais que pensem a saúde na dimensão do desejo, da intensidade e da produção da vida dos sujeitos em seu contexto, e não exclusivamente na dimensão do cuidado da doença e da prevenção dos riscos. (p. 16)

Pensando nas reformulações que vêm sendo empreendidas no campo da assistência voltada ao público adolescente, Guerra (2005) aponta que o atravessamento da clínica é uma marca que se faz presente, dando corpo a uma proposta que articula, em sua organização, subjetividade e dimensão política. Nesse contexto, diversos saberes entram em cena, dentre eles, o psicanalítico.

Ocupando outros espaços para além do convencional – o consultório particular – o psicanalista que atua na saúde mental se vê convocado ao trabalho no campo das políticas públicas, o que o impulsiona a construir possibilidades para, nesse âmbito, realizar sua operação clínica. Nesse sentido, como podemos pensar a articulação que se constrói entre as dimensões clínica e política no campo da saúde mental?

Pensar a clínica, que sustenta uma escuta “de cada um”, entrelaçada à política, que regulariza uma assistência “para todos”, implica em construir propostas assistenciais que partam daquilo que cada sujeito exige na direção do tratamento e em seu cotidiano social e familiar. Nesse sentido, esse “para todos” não pressupõe que se construa um plano universal ou uma espécie de manual de orientação aplicável a todo e qualquer caso,

mas intenciona-se partir do que exige cada indivíduo em atendimento na rede pública, levando em consideração, portanto, o *savoir-faire* do próprio sujeito, em direção a uma prática que toma o particular como orientação na construção de propostas públicas no campo da saúde mental (Guerra, 2005). Nesse sentido, o “cada um” e o “para todos” estariam posicionados de forma tal que correspondessem a cada uma das faces de uma mesma moeda, já que não há como pensar as dimensões clínica e política de modo desarticulado. A ideia, portanto, é tomar as estratégias desenvolvidas pelo próprio adolescente como base para uma política de intervenção em saúde mental, ou seja, conhecer o modo por meio do qual o sujeito funciona, reconhecendo e sancionando o uso das ferramentas de que ele dispõe, para, desse modo, operar com, e não sobre ele.

Nesse contexto, portanto, demanda-se a construção de dispositivos clínico-políticos capazes de oferecer novas possibilidades ao tratamento de adolescentes no campo da saúde mental. Para tanto, exige-se uma abertura a outros saberes, bem como uma modificação do setting clássico, determinando não apenas a ampliação no campo das modalidades de intervenção de caráter clínico, mas, e, principalmente, uma nova política, interdita aos saberes totalizantes (Martins et al., 2014).

O Acompanhamento Terapêutico como alternativa aos tratamentos clínicos tradicionais

Com a implementação da Reforma Psiquiátrica Brasileira, o campo da saúde mental tornou-se multidisciplinar e heterogêneo, o que, segundo Rinaldi (2005), impulsionou um entrecruzamento entre diversos saberes e práticas como tentativa de colocar em questão a dominância do saber médico-psiquiátrico no tratamento das ditas “doenças mentais”. A autora aponta que a própria escolha pelo significante “saúde mental” para nomear a nova configuração desse campo representa uma tentativa de positivar o que a cultura hospitalocêntrica negativizara; cultura essa que, amparada no discurso médico, objetificou e excluiu o sujeito sob o rótulo de doente mental.

Nesse contexto, várias publicações e relatos de experiências de pesquisa em torno da temática da inserção da psicanálise no campo das instituições públicas voltadas à saúde mental vêm dando testemunho da presença, cada vez maior, de profissionais que buscam construir um

espaço possível para a inserção do discurso analítico nesse campo. Esse movimento, como salienta a autora, vem promovendo “uma ampliação do âmbito da incidência da prática psicanalítica, seguindo as ‘linhas de progresso’ propostas por Freud para a psicanálise em 1919, mas também o deslocamento do psicanalista de seu tradicional *lócus* de trabalho – o consultório privado ... para um espaço em que ele está entre vários” (p. 87). É esse deslocamento que nos interessa neste trabalho.

As experiências no campo do AT – tomado a partir da teoria psicanalítica – surgem como uma via possível para a inserção de um dispositivo analítico no campo da saúde mental, funcionando como alternativa aos atendimentos clínicos tradicionais, à medida que consiste numa modalidade clínica que, propondo uma ampliação ou extrapolação do setting analítico convencional, favorece a circulação social daquele que se faz acompanhar, bem como a ampliação de seus laços, visando a incluir o sujeito na condução de seu próprio tratamento e estando em consonância, portanto, com a nova concepção de atenção trazida pela reforma psiquiátrica.

O contexto de surgimento do AT no Brasil

Os textos que se encarregam de apresentar, historicamente, o contexto de surgimento da prática do AT no Brasil costumam situá-la como tendo tido início em meados da década de 60, junto às comunidades terapêuticas. A função do acompanhante terapêutico (at) – na época, sob a nomenclatura de “atendente psiquiátrico” ou, ainda, “auxiliar psiquiátrico” – resumia-se em acompanhar o paciente em crise dentro da clínica e, eventualmente, em incursões pela rua. Mais tarde, essa circulação pelos ambientes não institucionais acabou por vincular tal prática a psiquiatras e psicanalistas que exerciam sua clínica em consultórios privados. A tarefa do at, no entanto, continuava girando em torno de acompanhar os pacientes 24h por dia, com o intuito de evitar uma internação psiquiátrica, só que, posteriormente, na própria residência do paciente, inserido, portanto, em seu contexto familiar; as saídas à rua permaneciam tendo seu lugar no acompanhamento, mas com forma de garantir a presença dos pacientes nas sessões com o psiquiatra ou com o analista (Palombini, 2007).

Pouco a pouco, segundo Palombini (2007), os desdobramentos dessas experiências fizeram com que o trabalho do at passasse a ser requi-

sitado também em situações fora de crise, demonstrando, assim, uma aposta, não apenas no que se poderia evitar – no caso, a internação –, mas também no que se poderia produzir a partir desse encontro. Até então, quem exercia essa função não eram profissionais ou acadêmicos, mas pessoas que dispunham de um tipo de saber leigo, adquirido pelas experiências mesmas da vida. Valorizava-se a capacidade intuitiva para contornar as situações inusitadas que, porventura, surgissem durante o acompanhamento, bem como a abertura ao encontro com pessoas que, em geral, apresentavam-se avessas à socialização. Acreditava-se no potencial terapêutico do estabelecimento de alguma relação do indivíduo acompanhado com o meio social; a abordagem, portanto, era mais política do que técnica (Reis Neto, 1995). Gradativamente, essa prática conquistou o interesse de estudantes universitários provenientes dos cursos de medicina e de psicologia, que encontram, no AT, uma forma de remuneração e, também, de inserção numa prática clínica. A perspectiva política do trabalho vai perdendo força em detrimento da clínica e a psicanálise surge como uma das ferramentas – portanto, não a única – sobre as quais os acompanhantes podem embasar e dar direcionamento a sua prática.

Quando o trabalho desloca-se da sua relação às comunidades terapêuticas para a dos consultórios privados, a referência à psicanálise se reafirma, porém cresce a tensão entre aquilo que os psiquiatras [...] demandam dos acompanhantes (com frequência o pedido é de contenção e normalização) e o que os acompanhantes propõem-se a realizar (na direção de uma escuta singularizada, aberta aos ritmos e espaços próprios a cada sujeito acompanhado). (Palombini, 2007, p. 129)

É nesse momento que o acompanhante recebe a denominação de “amigo qualificado” e, finalmente, de “acompanhante terapêutico”. No entanto, essa referência à sequência das diferentes nomenclaturas dadas àquele que exerce tal prática não se trata de uma correspondência cronológica, já que essa diversidade de nomes apresentou-se, em alguns momentos, sobreposta e em tensão. O importante é o processo de construção dessa clínica, ou seja, o percurso empreendido – marcado por essa diversidade de nomes e funções – até que se consolidasse o que, hoje, nomeamos de Acompanhamento Terapêutico.

Em se falando da rede pública de saúde, foco do nosso interesse neste trabalho, as experiências clínicas do AT somente foram possíveis por

inserir-se no contexto de uma política de saúde mental que colocou em prática a construção de uma rede de serviços substitutivos ao manicômio, em que a “cidade, e não mais o asilo, é o espaço em que a experiência da loucura requer ser acompanhada” (Palombini, 2007, p. 131), dizendo respeito, portanto, ao próprio processo de implementação da Reforma Psiquiátrica no Brasil. Política essa que se vem sustentando com o esforço dos que por ela militam, sejam gestores, trabalhadores ou usuários dos serviços de saúde mental. São todos protagonistas de uma luta e que, imbuídos de uma ‘vontade de mudança’, veem como inaceitáveis as condições de isolamento em que foi concebida a terapêutica da loucura (Palombini, 2006). Fugindo de uma tendência à normatização do louco em parâmetros considerados “socialmente aceitáveis”, o AT desconstrói uma imagem de perfeição, de ideal do ser humano, pensando cada indivíduo em sua singularidade e partindo do *savoir-faire* do próprio sujeito para elaborar suas estratégias de intervenção. Nesse sentido, o AT surge como um dispositivo clínico que só pode ser colocado em prática no seio de uma política que a sustente e que, por ela, seja sustentada, num processo cíclico e contínuo.

Após essa breve contextualização do surgimento do AT em nosso país, somos levados a questionar o porquê da escolha do AT como uma alternativa aos tratamentos clínicos tradicionais naqueles casos em que o adolescente que chega ao serviço de saúde mental se mostra pouco receptivo a tais propostas, ou naqueles em que, por um motivo ou outro, a ida até o serviço esteja impossibilitada, ou, ainda, nos casos em que se percebe uma dificuldade acentuada na inserção do jovem num meio social mais amplo. Ou seja, questionamo-nos em que e como o AT, em sua particularidade, poderia, também, compor o tratamento desses jovens.

AT e adolescência

Na tentativa de construir novos dispositivos clínico-políticos de atenção à adolescência no campo da saúde mental, a nossa aposta é de que o AT se configure como uma proposta capaz de atender às necessidades específicas desse público, tendo em vista que, segundo Palombini (2007), trata-se de uma modalidade clínica que “permite uma aproximação extremamente rica, junto àqueles usuários que se mostram inacessíveis ou

pouco permeáveis às formas tradicionais de tratamento, ou mesmo às propostas de oficinas e outros dispositivos dos serviços substitutivos” (p. 132). Nesse sentido, as experiências no campo do AT parecem oferecer novas perspectivas ao tratamento dessa clientela, à medida que possibilitam a construção de outros modos de encontro entre a instituição de saúde mental e os adolescentes que buscam seus serviços. Com isso, no entanto, não estamos nos propondo a tomar o AT como outra especialidade no campo da saúde, mas como um dispositivo³, uma ferramenta disponível àqueles que desejam empreender um caminho nessa direção, fazendo frente à urgência que se nos coloca o público adolescente e consistindo numa via possível – às vezes a única – de aproximação do sujeito que se acompanha.

Um ponto que merece consideração diz respeito ao que poderíamos chamar de incidência institucional do AT. A esse respeito, Palombini (2007) salienta que as incursões do par acompanhante/acompanhado para fora da instituição, a céu aberto, possibilitam outra visão sobre os adolescentes, bem como outra experiência de encontro com o acompanhado, diferente daquela vivenciada no espaço do serviço. Essa diferença é compartilhada com a equipe, de modo que o at passa a funcionar como um mensageiro que leva, para dentro da instituição, aquilo se passa no espaço aberto da cidade. À equipe, em contrapartida, cabe um reposicionamento em relação ao caso, “abandonando estratégias que se tornaram rotina, requisitando a intervenção de outros profissionais, fazendo-se cargo de novas frentes de trabalho, inventando formas inusitadas de ação” (Palombini, 2007, p. 133).

Propondo uma circulação pela cidade, o AT parece viabilizar um deslocamento espacial e subjetivo, que poderia funcionar como uma metáfora da própria operação adolescente de deslocar-se do laço familiar em direção ao social; deslocamento esse que pode vir a operar como um meio pelo qual o adolescente consiga construir e se apropriar de um lugar para si, inserindo-se, assim, no âmbito da cultura. Além disso, o ato de acompanhar um adolescente em seu cotidiano coloca em análise o funcionamento mesmo da rede de atenção à adolescência, bem como o modo como as comunidades respondem à desinstitucionalização da loucura, dizendo respeito, portanto, a uma inserção inegavelmente política do AT.

³ Ver nota de rodapé 1.

O AT trabalha, então, numa perspectiva de criar circunstâncias ou situações que aproximem o sujeito de uma oferta de laço social oriunda da cidade (Hermann, 2012). No entanto,

Essa cidade que o “at” percorre não se concebe tão somente como “palco” da clínica, ou como seu elemento acessório que vem dar concretude e permanência a conteúdos psíquicos de frágil consistência. Na experiência do AT, na medida em que se desbravam ruas, cantos, quartos, a cidade adquire um outro vulto, revelando-se a potência contida na incorporação, pela clínica, de cada um dos gestos e objetos que compõem o cotidiano urbano. (Palombini, 2009, p. 300)

Trata-se, portanto, de um caminhar que faz referência à figura do flâneur, apresentada por Benjamin (1989 citado por Palombini, 2009), à medida que se sustenta num olhar sagaz que recolhe os detalhes do caminho percorrido, numa dissolução dos limites que separam a interioridade psíquica da realidade objetiva, num passeio por tempos corroidos pela história, mas retomados no presente para compor novos futuros, abrindo novas possibilidades de vida para quem empreende um trabalho nessa direção. Contudo, no AT, esse caminhar pela cidade se faz sempre acompanhado, numa relação marcada pela diferença. Mas como é possível para um acompanhante e um acompanhado estarem, um diante do outro, fora de um setting terapêutico tradicional? Que espaços de compartilhamento de experiências no laço social são possíveis?

O acompanhar o adolescente em seus percursos dentro e fora dos ambientes institucionais – entre a família e a rua, entre o quarto e a sala, fora de lugar, a céu aberto –, na experimentação de uma sociabilidade que se exerce na cidade, pode acarretar efeitos subjetivos importantes para aquele que se faz acompanhar, abrindo possibilidades para que o adolescente construa uma ordem própria de existência, que diga de sua dimensão subjetiva, e responsabilize-se como sujeito, implicando-se naquilo que lhe acontece e encontrando formas singulares e, portanto, legítimas de lidar com a sua angústia. Essa experiência de o adolescente estar imerso num espaço aberto, atravessando situações que advêm do contexto mesmo da vida cidadina, parece-nos possibilitar-lhe a ocupação de novas posições, de novos lugares no social, que não marcados pelo estigma incapacitante da doença mental.

Caso clínico – Marcos

Apresentaremos um recorte do caso clínico de um adolescente que acompanhamos – nas condições de acompanhante e supervisora clínica – desde a perspectiva do AT, para narrar, a partir da experiência vivenciada nesse encontro, o que buscamos propor acerca do AT como um dispositivo de atenção à adolescência no campo da saúde mental. Esse acompanhamento encontra-se inserido no Programa de Acompanhamento Terapêutico na Rede Pública, vinculado ao Instituto de Psicologia da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, que será, resumidamente, apresentado a seguir.

O Projeto ATnaRede, como se convencionou chamá-lo, teve origem em 1996, junto ao CAPS CAIS Mental Centro, da Secretaria Municipal da Saúde de Porto Alegre, consolidando-se como projeto continuado de extensão universitária a partir de 1998. Atualmente, apresenta-se articulado à experiência de estágio curricular e a atividades de ensino e pesquisa, em parceria com serviços das redes municipal e estadual de saúde, visando, por meio da ferramenta do acompanhamento terapêutico – entendido como uma modalidade clínica que se propõe a acompanhar um sujeito em seu cotidiano, favorecendo a sua circulação social e a ampliação de seus laços – à construção de novos modos de encontro entre a instituição de atendimento em saúde mental e seus usuários.

A cada ano, o projeto, que se vale de uma perspectiva metodológica que engloba clínica, pesquisa e intervenção, reúne um grupo significativo de estudantes não só do curso de psicologia, mas também de outras áreas do conhecimento, tais como arquitetura, artes plásticas e enfermagem, que, ao longo de, aproximadamente, um ano, realizam o acompanhamento terapêutico de um usuário dos serviços de saúde mental da rede pública conveniados ao projeto, contando com um espaço semanal de supervisão do trabalho na universidade, além da participação nas reuniões de equipe, bem como a possibilidade de inserirem-se nas atividades cotidianas do serviço.

Tendo sido contextualizado o projeto, partiremos para a discussão do caso. Optamos por iniciar pela reprodução de um texto ditado por Marcos, escrito pela acompanhante e pensado pelos dois em um de seus

últimos encontros antes das férias de verão, num momento em que já vinham trabalhando juntos há cerca de seis meses. A ideia de iniciar por essa escrita surgiu como forma de abrir espaço para que ele mesmo falasse sobre si, ou seja, de dar-lhe voz, tomando a sua fala como índice de sua condição subjetiva, e não referida apenas ao registro da doença ou de uma demanda de assistência (Rinaldi & Alberti, 2009).

Meu nome é Marcos. Eu estudei no (nome do colégio). Ia de ônibus para lá, mas não gostava, era apertado e cheio, sentia vergonha e as pessoas ficavam “cuidando” de mim. Minhas professoras eram Luciana e Deise. Era uma escola especial, uma classe terapêutica. Parei de estudar há cinco anos atrás, quando tinha 13 anos, porque mexiam comigo lá. Eu gosto de comer guisado, tomate, batata e sopa de carne com batatas. Não gosto de galinha, só de peito de frango. Também gosto de Nescau com leite gelado. Eu pegava os ônibus Clemente e São Jorge para ir à escola quando a minha mãe me levava, naquela época. Eu gosto de guaraná, de Pepsi e de Fanta laranja. Eu tomo banho todo dia; passo sabonete e shampoo e também escovo os dentes todo dia. Depois, troco a roupa bem limpinha. Eu sou alegre, sorridente, adolescente, bem educado e bem simpático. Eu tomo banho de piscina. O nome do meu pai é José e o da minha mãe é Rosane. Tenho dois irmãos e a neném (irmã mais nova). Minha avó também. Minha psicóloga se chama Lorenna Pinheiro Rocha. Gosto de conversar e bater papo com a minha psicóloga. E de ver TV também. Gosto de jogar futebol e de ir no super Carrefour. Gosto de pegar taxi e pagar o taxi. Gosto de futebol, o meu pai gosta também. Minha mãe gosta de arrumar a casa. Eu arrumo o lençol da minha cama e tiro o lixo do meu quarto. Minha irmã neném gosta de guaraná e de frutas. Meu pai trabalha com o serrote. Eu não gosto de sair porque tenho vergonha de pegar ônibus lotado. Minha mãe gosta de fazer bolos e carne de porco assada. Meu pai gosta de churrasco, e eu também gosto. Eu gosto de desenhar coração, lua, estrela e ilha. Eu leio Zero Hora, Jornal Sul e Diário Gaúcho para saber das notícias. Eu gosto das novelas do SBT.

Marcos é um adolescente de 19 anos que há quatro não sai de casa. Permanece boa parte do dia em seu quarto, ocupando o tempo com a televisão. A equipe que o acompanha propôs o AT na tentativa de estabelecer uma via possível de contato com o rapaz, a quem diagnosticam dentro do espectro do autismo, muito embora a relação que Marcos vem desenvolvendo com a at durante o seu acompanhamento não pareça corroborar o diagnóstico.

Entre o lugar de ‘doente’ que ocupa na família e a infantilização que se percebe em seus desenhos, passando para o real do corpo por meio de sua voz, forçadamente aguda e difícil de ser diferenciada entre masculina ou feminina, Marcos se percebe e se diz criança; e é como se apresenta no início do AT.

A impossibilidade de sair de casa, principal motivo que levou ao encaminhamento do caso para o AT, parece revelar uma impossibilidade mesma de realizar a operação de passagem do espaço privado da família em direção ao público da pólis. Essa passagem parece obstruída pelo que Palombini (2002) nomeia de hipertrofia do corpo materno⁴, “o qual apenas foi capaz de suportar uma experimentação dos espaços sociais por parte do filho, enquanto tomados como extensão de si mesmo (extensão do corpo materno) e não como expressão de uma diferença” (p. 3). Tudo o que ultrapassa esse campo é tomado como amedrontador, já que a inscrição simbólica da diferença entre mãe e filho não pôde efetuar-se. O quarto apertado se apresenta como espaço seguro e confortável, do qual ele não quer se desprender. Tomando o seu texto, podemos perceber que, no momento em que fala sobre a época em que frequentava a escola, Marcos logo muda de assunto, demonstrando indícios de uma impossibilidade de sustentar essa separação. Desse modo, nesse acompanhamento, seria preciso, primeiramente, ocupar o quarto e explorar possibilidades e lugares psíquicos, antes de aventurarem-se no espaço geográfico da cidade (Palombini, 2002).

Contrariando o diagnóstico estabelecido pela equipe de saúde, Marcos não demonstra dificuldade em fazer laço com a acompanhante. Desde o início, mostrou-se bastante receptivo à proposta do AT, mesmo sabendo que, para isso, teria de conviver com a presença de outra pessoa no espaço recluso do seu quarto. Com o decorrer do acompanhamento, indícios de uma transferência erótica começam a se estabelecer: ele diz sentir a falta da at, elogia a sua aparência, o seu sorriso e o perfume do seu shampoo, beija a sua mão e a abraça.

Levando em consideração que a experiência do AT não conta com as salvaguardas próprias ao setting analítico que visam à abstenção do

⁴ Enquanto espaço primevo em que um bebê adquire existência psíquica e do qual, posteriormente ao processo de separação e alienação, o bebê se diferencia, podendo, então, explorar o espaço para além do corpo que lhe deu origem (Palombini, 2002).

analista diante da demanda de amor que lhe é dirigida, tomemos esse amor transferencial como um dos motores que coloca em movimento a experiência em questão. A presença de um acompanhante no cotidiano de seu acompanhado, a proximidade física que acaba por se estabelecer entre eles e os afetos que emergem das experiências compartilhadas ao longo do trabalho exigem a invenção de formas próprias de sublimação do caráter sexual do erotismo, sem recusa ao prazer que da relação possa advir, pois ele pode funcionar como a base que dá sustentação à transferência (Palombini, 2009). Nesse sentido, acompanhante e acompanhado vão construindo uma relação pautada na amizade – muito embora seja ancorada na constatação da diferença, e não na identificação –, de modo que ela consiga sustentar uma posição em que nem aceita, nem recusa a demanda de amor que lhe é dirigida.

Nesse contexto, Marcos vai modificando o conteúdo discursivo que endereça à at. As novelas mexicanas, que antes ocupavam um lugar central nos encontros, pouco a pouco, perdem a sua força e a TV, sempre ligada, ganha outra função: dificultar que a mãe escute aquilo sobre o que conversam. A acompanhante vai ocupando, assim, um lugar de terceiro termo entre Marcos e sua mãe, à medida que entra nessa relação como a pessoa a quem ele endereça e confia aquilo que a mãe não pode saber e que, portanto, cumpre o papel de marcar alguma separação com respeito ao Outro materno, apontada por Rassial (1999) como um movimento importante para que se concretize a operação de passagem adolescente.

Pouco a pouco, Marcos começa a apresentar um interesse maior pelas coisas do “fora”; pergunta onde a at havia ido no final de semana, o que tinha para fazer lá, como eram as árvores, se havia animais, se o ônibus estava lotado. Em supervisão, decidimos que seria hora de propor uma saída, já que a própria acompanhante se encontrava sufocada naquele ambiente quase asfixiante do quarto do rapaz, sob olhos e ouvidos vigilantes de sua mãe. Num dia quente, ela propõe a Marcos que fossem tomar sorvete perto de casa; ele concordou e pareceu animado com a ideia, mas pediu que deixassem para a próxima semana, pois precisaria pedir a permissão da mãe, que não estava presente no momento. No encontro seguinte, a mãe veta o passeio, afirmando que as roupas de Marcos estavam curtas e que seria preciso comprar-lhe novas – constatação que, talvez, pudesse fazer algum efeito de deslocamento nessa

mãe, confrontada com o crescimento do filho. A cada semana havia uma nova desculpa e assim seguiram por, aproximadamente, dois meses. Os encontros começaram a ser desmarcados ou remarcados e acabaram por finalizar o ano sem concretizar o passeio.

Nesse acompanhamento, vemos entrar em cena a função do AT como um “dispositivo de passagem”, à medida que a presença da acompanhante possibilita a construção, a quatro mãos, de um caminho por meio do qual o sujeito acompanhado possa ensaiar uma operação de passagem psíquica inerente à adolescência. Dito de outro modo, o AT funciona como um mediador, um catalisador desse processo. Posição nada fácil, mas que, seguramente, traz efeitos subjetivos importantes para os envolvidos.

Apesar de continuarem mantendo os encontros restritos ao ambiente domiciliar, no espaço apertado de seu quarto, alguma porosidade se mantém, por meio da qual se sustenta, mesmo que mínima, uma conexão com o mundo. É nesse território, congregado pelo quarto, pela casa e também pelo serviço que acompanha Marcos, entre outros elementos do seu entorno, que o AT se faz possível como clínica na saúde mental, habitando o espaço entre a família e o serviço, ou entre a casa e a rua, o quarto e a sala, e atuando na desconstrução de cronicidades e diagnósticos encerrados em si mesmos.

É na constante (re)construção desse território – nem dentro, nem fora, mas dentro e fora dos serviços – que vemos abrir possibilidades para uma clínica que aposta na desinstitucionalização da loucura e na dimensão desejante do sujeito adolescente. O papel que se busca desempenhar vai em direção de uma escuta, de um olhar. Talvez, isso que é da ordem do encontro que se produz, consiga lhe (e nos) abrir novas possibilidades de vida. Essa é a nossa aposta.

Referências

- Couto, M. C. V. (2004). Por uma política pública de saúde mental para crianças e adolescentes. In T. Ferreira (Org.), *A criança e a saúde mental: enlances entre a clínica e a política* (pp. 61-74). Belo Horizonte: Autêntica.
- Guerra, A. M. (2005). A psicanálise no campo da saúde mental infanto-juvenil. *Psychê*, 15, 139-154.

- Hermann, M. C. (2012). *Acompanhamento Terapêutico – articulador do real, simbólico e imaginário*. São Bernardo do Campo, SP: Universidade Metodista de São Paulo.
- Martins, K. P. H., Lima, M. C. P., Rocha, L. P., Júnior, P. A. P., Castro, I. P., Pinheiro, N. M., & Domingues, M. (2014). Arte e mediação terapêutica: sobre um dispositivo com adolescentes na clínica-escola. In *Revista Mal-Estar e Subjetividade* (no prelo).
- Ministério da Saúde. (2005). Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. *Caminhos para uma política de saúde mental infanto-juvenil*. Brasília: Autor.
- Palombini, A. L. (2002). Passagens obstruídas: quartos privativos, mínimas janelas. *Revista da Associação Psicanalítica de Porto Alegre*, 23, 63-68.
- Palombini, A. L. (2006). Acompanhamento Terapêutico: dispositivo clínico-político. *Psychê*, 18, 115-127.
- Palombini, A. L. (2007). *Vertigens de uma psicanálise a céu aberto: a cidade - contribuições do acompanhamento terapêutico à clínica na reforma psiquiátrica*. Tese de Doutorado, Programa de Pós-graduação em Saúde Coletiva, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, RJ.
- Palombini, A. L. (2009). Utópicas cidades de nossas andanças: flânerie e amizade no Acompanhamento Terapêutico. *Fractal: Revista de Psicologia*, 21(2), 295-318.
- Rassial, J. J. (1997). *A passagem adolescente: da família ao laço social*. Porto Alegre: Artes e Ofícios.
- Rassial, J. J. (1999). *O adolescente e o psicanalista*. Rio de Janeiro: Companhia de Freud.
- Reis Neto, R. O. (1995). *Acompanhamento terapêutico: emergência e trajetória histórica de uma prática em saúde mental no Rio de Janeiro*. Dissertação de Mestrado, Programa de Pós-graduação em Psicologia Social, Pontifícia Universidade Católica do Rio de Janeiro, RJ.
- Rinaldi, D. L. (2005). Clínica e política: a direção do tratamento psicanalítico no campo da saúde mental. In M. M. Lima & S. Altoé (Orgs.), *Psicanálise, clínica e instituição* (pp. 87-106). Rio de Janeiro: Rios Ambiciosos.
- Rinaldi, D. L. & Alberti, S. (2009). *Psicanálise, saúde mental e universidade*. *Estudos e Pesquisas em Psicologia*, 9, 533-545.
- Vicentin, M. C. G. & Gramkow, G. (s. d.). Que desafios os adolescentes autores de ato infracional colocam ao SUS? Algumas notas para pensar as relações entre saúde mental, justiça e juventude. In E. Lauridsen-Ribeiro & O. Y. Tanaka (Orgs.), *Saúde mental de crianças e adolescentes - contribuições ao SUS*. São Paulo: Hucitec (no prelo).

Reabilitação: análise comparativa Brasil/Itália

Maria Stella Brandão Goulart

Bruna Zani

Introdução

Não é usual a publicação de processos de pesquisa e de construção de relações de cooperação internacional. Convém, não sem sólidas razões, que se privilegiem os resultados finais, na forma de avanços conceituais e informacionais. O artigo que apresentamos toma uma direção diferente. Movidos pelo desejo de constituição de redes de pesquisa, apresentaremos um esforço investigativo que vem sendo tecido desde o ano 2011 e cujos frutos já se deixam entrever, antecipando a finalização prevista para o ano de 2015, contando, na fase final, com o apoio da Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado de Minas Gerais, FAPEMIG, através do Edital 14-2012: “Programa de Pesquisa para o SUS – PPSUS-Rede”.

A pesquisa em andamento que ora compartilhamos pretende colocar em evidência e confrontar os recursos de reabilitação psicossocial destinados a usuários dos serviços de saúde mental em diferentes cenários: Brasil e Itália. A perspectiva é de desenvolver estudos que cotejem o processo de reforma da política de saúde mental brasileiro e italiano. Este artigo terá, portanto, a direção de um relato acerca de uma investigação e seus primeiros impactos na qualidade de um processo de intervenção. Com Kastrup (2010) vale remeter à concepção de que estamos nos referindo a um processo de produção de relações, no qual “os trabalhos de pesquisa são feitos com o outro e não sobre o outro” (Kastrup, 2010, p. 181). Paulatinamente, delineiam-se efeitos nas duas redes de pesquisadores – trabalhadores da saúde mental e usuários dos serviços - cotejadas no esforço que estamos empreendendo, pois delineamos uma pesquisa qualitativa e participativa.

Trata-se de uma pesquisa de cooperação internacional estabelecida entre o Departamento de Psicologia da Universidade Federal de Minas Gerais e a Escola de Psicologia e Ciência da Informação da Università degli

Studi di Bolonha, que conta com colaboração, anuente, dos serviços de saúde mental das cidades de Bolonha (Departamento de Saúde Mental e Dependência Patológica) e de Belo Horizonte (Coordenação de Saúde Mental do Município de Belo Horizonte). Esta construção é resultado de muitos anos de negociação e o tema da reabilitação foi colhido como um primeiro passo na abordagem de políticas que, além de complexas, estão em permanente situação de risco, por representarem esforços de inclusão social que colidem com paradigmas tradicionais da psiquiatria e desafiam permanentemente a sociedade civil e as políticas de saúde e intersetoriais.

O objetivo principal da pesquisa é explorar os atuais modelos, conceitos e características da reabilitação psicossocial, envolvendo usuários, familiares, trabalhadores da saúde mental e voluntários (quando houver) nos dois territórios indicados. Os objetivos específicos acordados entre todas as partes são: (a) Colher depoimentos que deem visibilidade ao processo psicossocial de estruturação da reorientação da atenção e assistência em saúde mental (em direção a uma perspectiva comunitária, territorial e geradora de autonomia para os usuários); (b) Aprofundar os aspectos teóricos da reabilitação psicossocial; (c) Analisar as práticas de reabilitação psicossocial realizadas nos Centros de Convivência de Belo Horizontes (Brasil) e as dos *Centri Diurni* (centros diurnos) e demais projetos de trabalho, residência, arte e cultura realizados em Bolonha (Itália); (d) Descrever práticas e concepções de reabilitação psicossocial, de modo a confrontar os cenários italiano e brasileiro; (e) Sugerir indicadores para a realização de avaliações qualitativas das práticas reabilitativas; (f) Identificar e descrever outros acervos documentais que permitam o acesso e diálogo para o desenvolvimento de pautas de reflexão e pesquisa sobre reabilitação psicossocial; (g) Ampliar e consolidar pauta de pesquisa sobre história e atualidade da política de saúde mental no Brasil e na Itália, enfocando suas diversas regiões, singularidades e especificidades.

Em Belo Horizonte, estão sendo estudados os 9 Centros de Convivência que compõem a rede de serviços de saúde mental, que se desdobram no evento de celebração do Dia de Luta Antimanicomial e nas Mostras de Arte Insensata, entre outras iniciativas. Nestes locais, interessa explorar as perspectivas de reabilitação através da arte, cultura e participação. Já em Bolonha, a pesquisa enfocou as frentes arte, cultura, trabalho e moradia

que compõem a rede assistencial de saúde mental. Estas informações não serão abordadas neste artigo, no qual privilegiaremos as informações sobre os serviços reabilitativos de Bolonha.

A pesquisa na Itália foi conduzida ao longo de 2012 e 2013, com o apoio do Programa Ciência Sem fronteiras e da Diretoria de Relações Internacionais da Universidade Federal de Minas Gerais DRI/UFMG, que viabilizaram o intercâmbio de pesquisadores italianos e brasileiros.

A política de saúde mental mineira, além de expressar paradigmaticamente a atual política nacional de saúde mental, tem se notabilizado, no caso de Belo Horizonte, pela inventividade e pela capacidade de responder efetivamente ao desafio de construção de respostas assistenciais capazes de prescindir de hospitais psiquiátricos, em boa medida. Os desenhos dos serviços substitutivos em saúde mental se nutrem de uma cultura crítica em relação aos modelos de assistência centrados na internação psiquiátrica, o que se sustenta na militância dos profissionais da área de saúde e dos usuários dos serviços. O processo de construção dessa política, em BH, resulta de um esforço de articulação entre os governos locais, em sintonia com as diretrizes gerais do Sistema Único de Saúde e da sociedade civil, que remetem aos formatos associativos e comunidades que acolhem os serviços substitutivos aos hospitais psiquiátricos, tais como: Centros de Referência em Saúde Mental (CERSAMs, inclusive as modalidades voltadas para crianças e jovens, e para álcool e outras drogas); Centros de Convivência; Serviços de Urgência Psiquiátrica noturna (SUP); Equipes de Saúde Mental em Centros de Saúde; consultórios de rua; Serviços Residenciais Terapêuticos (SRT); dentre outros. Destaca-se o processo de construção de uma política inclusiva e afirmativa de direitos dos usuários com sofrimento mental grave.

O conhecimento acerca da reabilitação psicossocial produzido, no calor da prática e sob a pressão da superação dos desafios cotidianos, pelas equipes de saúde mental, ainda não está sistematizado satisfatoriamente. Há apenas uma publicação institucional que aborda o tema (Nilo et al., 2008), além dos manuais, que definem os serviços já normatizados e orientam genericamente a prática (Lobosque & Souza, 2006).

Consideramos que os estudos sobre a prática brasileira, geralmente, nos projetam no eixo Rio/São Paulo, em interpretações que não con-

templam a relevância da dinâmica e das especificidades locais desse país tão complexo que é o Brasil. As publicações de projeção nacional sobre o assunto são marcadas, apesar de sua riqueza, por uma visão desterritorializada e universalista. Poderíamos afirmar, sem receio, que, no caso brasileiro, fala-se do que se faz nas grandes metrópoles da região sudeste sem ao menos se reconhecer a diferença entre elas mesmas – história e atualidade. O que dirá do cenário nacional, tão diversificado? É fundamental apontar para a experiência mineira e suas conquistas, especificidades, dificuldades e avanços.

A Itália, por sua vez, se projeta para a atual política de saúde mental como espaço/território de referência em termos de qualidade política, técnica, de colaboração e parceria, desde os anos 60, através dos primeiros contatos com a Psiquiatria Social e, nos anos 70, com a Psiquiatria Democrática e seus defensores e divulgadores. Destaca-se o nome do psiquiatra Franco Basaglia e de seus diversos colaboradores como protagonistas dessa construção permanente que apontamos (Goulart, 2004a; 2004b; 2007). O significado e a relevância dos serviços reabilitativos são ainda pouco explorados e divulgados. Trata-se de uma cidade com grande tradição na construção de políticas sociais sintonizadas com a perspectiva da esquerda italiana (Putnam, 1996). No que concerne à saúde mental, esta cidade, assim como a grande maioria das outras localidades italianas, são desconhecidas no Brasil. Os estudos mais sistemáticos nos projetam para a prática realizada em Trieste. A princípio, especialmente no final dos anos 70 e ao longo dos anos 80/90, muitos brasileiros, hoje notórios intelectuais e ativistas do movimento antimanicomial, aceitaram o convite aberto por Basaglia para conhecer o trabalho ali desenvolvido. Destaca-se o nome de Amarante (1994, 1995, 1996, 2001, 2003), Barros (1994), Kinoshita (1987) e muitos outros que se notabilizaram.

A conexão com Bolonha nos permite, no entanto, conhecer uma prática já amadurecida e de relevância no cenário italiano, ampliando as informações sobre a reforma psiquiátrica italiana, que geralmente se reduz ao cenário de Trieste. Assim como o Brasil, a Itália comporta um conjunto heterogêneo de ações que expressam a política de saúde mental (Fioritti, 2008).

Somos geralmente convidados à estereotipização mitificada da história e atualidade italiana e brasileira, onde, de fato, há uma multiplicida-

de de experiências e processos de institucionalização. O olhar comparativo, mais atento às diversas realidades, brasileira e italiana, viabiliza uma maior compreensão relativa ao nosso fazer e à consolidação de parâmetros avaliativos e de memória coletiva e institucional. A aproximação entre equipes permite reflexão e transformação efetivas.

Um dos objetivos mais acalentados neste percurso é o delineamento de indicadores qualitativos de avaliação, considerando a perspectiva dos usuários dos serviços e dos profissionais envolvidos. Essa visão é de grande interesse por parte dos gestores e pesquisadores, respondendo à lacuna sinalizada pelo *11th World Congress WAPR* (World Association for Psychosocial Rehabilitation) ocorrido em Milão, de 10 a 13 de novembro de 2012, cujo tema era: “Transformar as ideias, as práticas, os serviços”. As primeiras observações participantes e leituras focalizaram o estudo dos projetos de: reinserção no trabalho, residências, atividades transversais (arte e cultura) e acompanhamento de atividades de participação dos usuários e seus familiares.

Em Belo Horizonte, a pesquisa construiu uma efetiva participação da Coordenação de Saúde Mental tanto na concepção de estratégias metodológicas quanto em sua aplicação. Isso se notabiliza pela realização de uma série de seminários que ocorreram em 2013 com a participação de todos os gerentes dos centros de convivência – nosso principal foco em BH.

Em Bolonha, processo análogo foi desencadeado, gerando a constituição de um grupo de trabalho específico, nos serviços de saúde mental, que tem delineado a definição do trabalho reabilitativo realizado e, em comitiva e missão específicas, conheceu, em maio de 2013, o trabalho e os gestores de Belo Horizonte, ao longo de uma semana de trabalho intensivo cujo desfecho foi marcado pela participação conjunta no desfile do Dia de Luta Antimanicomial, ocorrido em 16 de maio de 2013.

A ampliação de horizontes de discussão pode gerar posicionamentos mais criteriosos e menos ideológicos para a sustentação dos projetos reformistas em desenvolvimento nos dois países. A pesquisa tem alimentado também a possibilidade de reflexão conjunta entre academia e serviços reabilitativos em BH e Bolonha, através do diálogo cotidiano e dos seminários regulares locais e internacionais (mensais e semestrais) acordados para o Brasil e para a Itália.

Paradigmas de reabilitação psicossocial

Até a década de 70, a assistência psiquiátrica brasileira era baseada em internações hospitalares como principal forma de tratamento dos doentes mentais, seguindo uma lógica manicomial e estruturada através de tratamentos medicamentosos e de internação em hospitais psiquiátricos. Inexistia, praticamente, a atenção ambulatorial e os impactos do modelo assistencial eram desprovidos de eficácia e eficiência, além de produzir danos e violência ao invés de efeitos efetivamente terapêuticos. Isso é de amplo reconhecimento pela literatura que pauta a Reforma Psiquiátrica brasileira. Havia, apenas, a oferta alternativa de atendimento privado psiquiátrico e previdenciário, sendo que ambos se articulavam a uma generalizada política de exclusão social, pela perspectiva de asilamento ou pelo afastamento do trabalho. Eventualmente ocorria alguma iniciativa pontual que remetia aos modelos de Comunidades Terapêuticas e ambulatoriais, mas com impacto muito limitado e circunscrito (Goulart, 2006, 2009).

O mesmo se pode dizer, com pequena defasagem, em relação ao cenário italiano. Os anos 60 e 70 do século XX foram ocasião de denúncia e delineamento de experiências reformadoras pontuais e, certamente, mais agudas e consequentes que as brasileiras.

Consideremos que os cenários políticos fizeram toda a diferença no destino das reformas psiquiátricas desencadeadas nos dois países. Enquanto o Brasil caminhou para o enrijecimento nas relações que resultaram no golpe militar de 1964 e em duas décadas de ditadura, a Itália viveu, até a morte do estadista Aldo Moro (assassinado pelas Brigadas Vermelhas em 1978), um ambiente de democratização das relações e de grande vitalidade sociocultural que conquistou institucionalidade na forma de políticas públicas sociais de saúde.

Em 1978, por meio de Franco Basaglia, foi que a sintonia entre as iniciativas italianas e brasileiras começaram a ser tecidas. Os ativistas brasileiros encontraram na reforma psiquiátrica italiana uma guia mestra de desenvolvimento que se fazia representar na recém aprovada *Lei n. 180*, italiana, que limitava radicalmente o modelo tradicional, conservador e violento de tratamento manicomial, pautado na exclusão dos doentes

mentais (Goulart, 2007a). A luta brasileira pela constituição da atenção territorial em saúde mental percorreria uma estrada plena de obstáculos até a conquista das primeiras legislações estaduais (como a *Lei n. 11802*, de Minas Gerais) e federal (*Lei n. 10216*) que reorientariam a reforma brasileira.

Na Itália, a caminhada também não foi tranquila, apesar de apoiada em um consenso societário mais sólido e consequente. A regulamentação da *Lei n. 180* ocorreria de fato em 1994 e os dispositivos reabilitativos seriam instituídos especialmente a partir desse momento.

Sabemos, no entanto, que o termo “reabilitação psicossocial” surgiu na década de 1940, nos Estados Unidos, por meio de um movimento organizado de ex-pacientes de hospitais psiquiátricos chamado WANA – *We are not alone*. Esse movimento, que nas décadas seguintes desdobrou-se em vários outros, dedicou-se à luta pela inserção no mercado de trabalho e condições de moradia para os ex-internos (Guerra, 2004).

A WAPR, Associação Mundial de Reabilitação Psicossocial, nasceria em 1986, na França. Em 1996, a WARP e a OMS estabeleceriam, por uma “declaração de consenso”, que a reabilitação psicossocial deveria ser entendida como uma “estratégia que facilita oportunidades para que pessoas com dificuldades ou com incapacidades por transtorno mental possam alcançar um nível ótimo de funcionamento na comunidade, mediante a melhoria de competências do indivíduo e introdução de mudanças no seu entorno” (WAPR, 2012, p. 9).

No 11º Congresso da WAPR, Benedetto Saraceno, presidente do Comitê Científico, alertava para “uma profunda crise científica e prática da psiquiatria, todos os dias confrontando desafios sempre mais complexos, que vão bem além dos confins de uma disciplina médica e contemplam temas de interesse político, social, ético e científico.” (WAPR, 2012, p. 18).

No convênio de pesquisa estabelecido entre a UFMG e a UNIBO, estabeleceu-se que a reabilitação psicossocial seria entendida como um conjunto de estratégias que buscam aumentar a troca de recursos entre os usuários e a comunidade, favorecendo a possibilidade de crescimento de poder contratual nas relações interpessoais e que produzem empoderamento ou *empowerment* (Zani, 2012). A reabilitação psicossocial objetiva que aquelas pessoas que se encontrem em situação de dificuldade social ou que não consigam colocar em prática as suas habilidades possam

modificar sua situação e retomar o controle de sua própria vida cotidiana, na sua comunidade de pertencimento. As intervenções de reabilitação visariam, portanto, oferecer as condições necessárias para afrontar os mecanismos de exclusão por meio de oferta de oportunidade de trabalho, de estrutura e de outros recursos. Nessa perspectiva, o *empowerment* envolveria: o controle sobre decisões (dimensão intrapessoal); a consciência crítica (dimensão interpessoal); a participação (dimensão comportamental). No nível individual, evoca a capacidade de se colocar em cena como pessoa - personalidade; cognição (sentir-se capaz); motivação – remetendo às possibilidades de protagonismo (positivo), ampliação de horizontes e confiança no outro (Zani, 2012).

A perspectiva do empoderamento dialoga com outras definições relevantes para a prática brasileira como a proposta por Benedetto Saraceno, que critica os modelos que operam com o sentido de adaptação do usuário ao seu meio. A reabilitação psicossocial não é compreendida como um percurso individual da inabilidade à habilidade, mas configura-se como um processo não linear de ampliação de trocas sociais, afetos e recursos, em redes múltiplas de negociação (Saraceno, 1999; 2001). Segundo o autor, a reabilitação psicossocial é um conjunto de estratégias que buscam o aumento do poder contratual que produz o efeito “habilitador”. Trata-se de restituir a centralidade da perspectiva do usuário e a participação está no centro desta questão. Essa direção é bastante convergente na literatura (Kinoshita, 2001), mas não esgota as possibilidades que se configuram na prática dos serviços reabilitativos.

Guerra (2004) observa que não se trata de tornar o fraco suficientemente forte para poder competir com os demais, mas modificar as regras do jogo para que todos possam participar em trocas permanentes de competências e interesses. Por meio dessas trocas materiais e afetivas se cria uma “rede de negociação”, que aumentam a participação e o poder de contratualidade dos indivíduos menos favorecidos em uma sociedade. A autora dialoga com Saraceno, que diz que o aumento da capacidade contratual dos portadores de transtorno mental se constrói sobre os eixos *habitat*, relações afetivas (família) e trabalho. Nesses cenários todos possuem, segundo o autor, maior ou menor grau de contratualidade. Podemos pensar como o tratamento oferecido nos serviços substitutivos deveria ter impacto nesses três eixos.

Tal processo deve possibilitar ao sujeito em sofrimento psíquico a reconstituição de seu cotidiano a partir da produção de sentidos e da inserção em seu contexto social.

Para Saraceno (1999) a reabilitação deveria visar o aumento das habilidades e diminuir a dependência do paciente. Sendo assim, são intervenções de reabilitação todas aquelas que procuram colocar a pessoa em condições de exercer suas ações com o máximo de autonomia possível. Priorizar o social em reabilitação psicossocial implica em sair de centros de reabilitação e de oficinas abrigadas para criar espaços de intervenção na própria comunidade, fora dos serviços de saúde.

Saraceno (1998) aponta para uma clínica de produção de sentido, da “arte de gerar sentido”, que abra possibilidades para a vida real do usuário e permita a vivência do sofrimento, mas ao mesmo tempo produza intercâmbios e possibilidade de valor social. O suporte terapêutico pode ganhar muitas dimensões, pois a incapacidade de geração de sentido pode estar associada a perdas nas esferas afetivas e sociais do usuário. A reabilitação, então, investe na recuperação ou criação de novas contraturalidades interpessoais.

No entanto, diversos autores questionam o “re” do termo reabilitação, proposto pela *World Association of Psychosocial Rehabilitation* (WAPR), quando a reabilitação psicossocial é vista como um processo de normalização, de retorno a uma situação anterior à instalação da doença, quando é entendida como adequação de pessoas a uma forma de funcionamento ditada por uma maioria. Isso induz à ideia de um passado que desqualifica o presente, de algo a ser recuperado. Questiona-se como poderíamos aferir a inclusão social do excluído: pelo novo ou pelo readquirido? Mângia e Nicácio (2001) também argumentam nesse sentido, dizendo que não se trata de buscar a independência e a reinserção como equivalente de normalidade produtiva, e sim de produzir autonomia e formas de enfrentamento à exclusão social.

Porém, não se pode negar que o termo “reabilitação” evoque o problema da inclusão social, mesmo que tomado em diversas perspectivas políticas, por vezes contrastantes. Na rede de serviços de saúde mental de Belo Horizonte, ele é sistematicamente substituído pelo termo “reinserção social” ou “inclusão” e até reintegração. A sinalização é a de uma insatisfação em relação ao conceito e suas consequências prá-

ticas. Efetivamente, a reabilitação psicossocial, como um processo complexo que é, exige dos trabalhadores da rede uma enorme capacidade inventiva e resolutiva, se considerarmos o escopo conceitual apresentado tão sumariamente. Tão complexo quanto o dia a dia do trabalho com a saúde mental, repleto de investimentos, energias e esforços pessoais em função de um projeto de trabalho e de uma escolha de vida. Se isso se associa ainda a outras vulnerabilidades (pobreza, analfabetismo, fragilidades físicas e outras), a situação ganha proporções consideráveis. Ao fim, ainda se pode inquirir se existe o produto: o reabilitado, o reinserido, o incluído.

Ao nos aproximarmos dos serviços substitutivos de saúde mental italianos e brasileiros, o que se coloca é o interesse em conhecer como o desafio tem sido enfrentado cotidianamente. Cotejando as experiências acumuladas pelos serviços bolonheses e belo-horizontinos, entende-se uma oportunidade de abrir a reflexão a partir da prática e do ponto de vista operacional, tomando circunstâncias sociopolíticas e culturais diferentes. Na aproximação com esses dois territórios, evidenciam-se significativas diferenças que começamos a delinear e sobre as quais falaremos, não sem antes comentar brevemente sobre nossas referências metodológicas. As informações sobre a estrutura e dinâmica institucionais das duas cidades enfocadas serão compartilhadas neste artigo, com apoio em observações, entrevistas e estudos já realizados ao longo do ano de 2013, com ênfase nos resultados do primeiro encontro internacional das equipes de trabalho, ocorrido em maio de 2013, por ocasião das comemorações do Dia de Luta Antimanicomial. Tais informações ilustram diferentes formatos reabilitativos que colocam em relevo os temas: formato da rede; a aderência do usuário a ela; a contratualidade desejável contemplada nos objetivos a serem alcançados pelos usuários.

Metodologia

Como perspectiva metodológica, apoiamo-nos na interface da atitude investigativa da Psicologia Comunitária (Zani, 2012) e da Análise Institucional francesa (Lourau, 1974) na perspectiva da pesquisa participante e da intervenção psicossocial. Ou seja, contamos com a plena participação dos profissionais e usuários envolvidos nas práticas reabilitativas. Os gerentes dos serviços reabilitativos brasileiros foram e estão

sendo ainda envolvidos no planejamento, na execução e na análise de resultados. O trabalho de campo é de natureza etnográfica (observacional) e participativa. O principal esforço de documentação se organizará a partir da construção de cadernos de campo compartilhados e da realização de entrevistas semiestruturadas que pretendem delinear histórias de vida de usuários (a serem indicadas pelos profissionais de saúde mental em entendimento com os pesquisadores).

No que concerne à psicologia comunitária e à análise institucional, entendemos que ambas propiciam um reposicionamento ético e metodológico entre sujeito-objeto. Interessa o envolvimento ativo de todos os que estarão envolvidos na pesquisa tanto no que concerne à recuperação de informações quanto na construção dos instrumentos e procedimentos metodológicos, permitindo uma relação dialógica e vitalizada de reflexividade na produção da documentação que será resultante deste projeto de pesquisa. Isso se reflete na composição da equipe de pesquisadores, que, no caso do estudo dos serviços reabilitativos, implica em um efetivo envolvimento dos trabalhadores de saúde mental. Interessa investigar e documentar a realidade a partir do seu ponto de vista e em sintonia com a ética antimanicomial, que nos abre para a produção de conhecimento transdisciplinar e interinstitucional.

Os documentos e entrevistas têm sido analisados na perspectiva da análise de conteúdo e temática (Martin & Gaskell, 2002). As entrevistas de história de vida (com casos discutidos e indicados pelas equipes dos espaços reabilitativos) e depoimentos registrados focam as trajetórias de trabalho, tratamento e os acontecimentos vivenciados.

Para a realização da história de vida, pretende-se, a partir de escuta, registro e análise da história narrada livremente, compreender quais os sentidos produzidos por esse sujeito, em sua vida, especialmente durante seu processo de reabilitação psicossocial no Centro de Convivência, articulando esse equipamento aos demais espaços frequentados na rede de atenção à saúde mental de Belo Horizonte. Trata-se de uma metodologia de pesquisa qualitativa que tem como principal finalidade explorar diferentes sentidos e representações construídas sobre uma determinada questão. Pressupõe que o mundo social é construído ativamente por pessoas, em seu cotidiano, em sua vivência (Gaskell, 2002).

A história de vida é considerada uma metodologia da pesquisa qualitativa, numa abordagem biográfica, comprometida com o resgate da história do sujeito através de suas memórias e significações produzidas no processo narrativo. Sua principal característica é a preocupação com o vínculo estabelecido entre o pesquisador e o sujeito, fato que implica uma dimensão ética de respeito ao que é dito e significado por aquele que conta sua história.

A história de vida possibilita, ainda, uma ponte entre o individual e o coletivo. Quando o sujeito conta sua história, fala de seu contexto. É possível, por meio da história contada, pensar o meio no qual está inserido, os valores, a ideologia presente e os sentidos produzidos pelo sujeito nessa relação (Silva et al., 2007). Trata-se de um método que acertadamente conjuga o aspecto psicológico e o aspecto social. Trabalha com a memória individual, na sua articulação com a memória coletiva. Como método de pesquisa, a história de vida tem se consolidado nos campos da História, Sociologia e Psicologia Social, por conseguir de maneira bem sucedida abordar o sujeito dentro de seu contexto social.

A reabilitação psicossocial, no contexto da reforma psiquiátrica, pode ser compreendida com maior riqueza ao se reportar à história de quem a vive no cotidiano, por quem de alguma forma foi inserido e se colocou ativamente participativo desse processo. Essas informações interrogam a teoria e o conteúdo gerado pela observação participante, consolidada nos cadernos de campo.

A primeira fase da pesquisa ocorreu em Bolonha. Nesta cidade, identificamos as estruturas que seriam objeto de acompanhamento. Foi realizada por brasileiros em diálogo com os profissionais italianos, integrados aos serviços de saúde mental. Foram eleitas, como dissemos anteriormente, 3 frentes de trabalho: as atividades transversais e os centros diurnos; as estruturas residenciais e os projetos de inserção pela via do trabalho.

A segunda fase da pesquisa, em Belo Horizonte, focou todos os Centros de Convivência da cidade. Para tanto, contamos com a participação de três italianos, intercambistas da UNIBO, e um grupo de pesquisadores, graduandos e mestrandos. As residências e a cooperativa de trabalho não puderam ser incorporadas à pesquisa. Ambas foram entendidas pelos profissionais de saúde como estruturas “externas” que não deveriam

compor o escopo da pesquisa.

A análise das informações sobre a prática e as concepções de reabilitação psicossocial tem sido problematizada através de seminários e reuniões da equipe de pesquisadores brasileiros e italianos. Encontros internacionais e locais têm ocorrido também, sempre propiciando o diálogo entre academia e serviços. Foram realizados 5 encontros em 2012 (um em Bolonha) e 8 em 2013 (um internacional em Belo Horizonte).

Neste artigo, compartilharemos a estrutura dos serviços reabilitativos de Bolonha, apoiados nas observações participantes realizadas ao longo de 2012 e 2013 pela equipe brasileira.

O espaço reabilitativo em Bolonha: resultados preliminares

Bolonha é uma cidade com 850.000 habitantes, aproximadamente. A província de Bolonha abrange 6 distritos, com cerca de 800 profissionais públicos e 1200 público/privados. O Departamento de Saúde mental e Dependência Patológica (DSM-DP) é dividido em três setores: Psiquiatria Adulta, Neuropsiquiatria Infantil e Serviço de Toxicodependência. O DSM-DP opera também com uma consolidada rede de apoio e gerenciamento com o terceiro setor através da figura das cooperativas sociais. Dentro do Departamento de psiquiatria adulta existem três tipos de organizações: a organização hospitalar, a territorializada e o voluntariado. A instância hospitalar é composta por 3 SPDC (*Servizio Psiquiátrico di Diagnosi e Cura, servizio psiquiátrico de diagnóstico e atendimento*) e por 3 hospitais dia atendendo na área de psiquiatria. Dentro da organização territorializada existem 11 Centros de Saúde Mental (CSM), 3 Centros Diurnos que atendem em psiquiatria, 1 conjunto de atividades em arte e cultura de caráter transversal, além de diversas modalidades de projetos de inserção no trabalho e de acolhimento em residências psiquiátricas e grupos Apartamentos.

A atuação desses serviços abrange atividades de promoção e prevenção da saúde e de diagnóstico para cuidado e reabilitação dos sujeitos em sofrimento mental.¹

¹ Dados retirados da conferência realizada pelo Dr. Angelo Fioritti, diretor do DSM-DP de Bolonha, na Itália, no dia 15/05/2013, por ocasião do evento "Semana de Saúde Mental e Inclusão Social".

Os Centros Diurnos (CD) italianos são estruturas híbridas, transversais e territoriais, que trabalham sobre a temática da reabilitação psicossocial com os usuários de saúde mental de todo o território de Bolonha. Ao todo, são três Centros Diurnos e são caracterizados como serviços público-privados, que funcionam tanto com financiamento da *Azienda Unità Sanitaria Locale di Bologna* (AUSL) quanto das cooperativas sociais. O encaminhamento do usuário para este serviço começa no Centro de Saúde Mental (CSM) de origem territorial. No CSM, os direcionamentos e as intervenções configuradas como projeto personalizado do usuário podem incluir: terapia farmacológica, habitação, trabalho e ressocialização. O Centro Diurno compõe uma estratégia de ressocialização. Antes que o usuário seja encaminhado para o CD, ele passa por um trabalho de reabilitação realizado diretamente com um profissional, o educador profissional, que trabalha para a re aquisição de determinadas habilidades básicas que podem ter sido afetadas pela crise psiquiátrica. Após a intervenção do educador, o usuário é encaminhado para o CD, que geralmente absorve casos de maior gravidade, por indicação do CSM. As necessidades pessoais de cada usuário são trabalhadas conjuntamente por essas estruturas.

Os projetos transversais estão vinculados ao AUSL e ao Departamento de Saúde Mental e seus vínculos com os CSM e CD são variáveis e compreendem, basicamente:

- Grupos de *Auto-mutuo-ajuda* – auto mútua ajuda – atividade civil, apoiada pela AUSL;
- Inserimento heterofamiliar apoiado (*suportado*) para adultos (IESA) – inserção heterofamiliar apoiada pelo Departamento de Saúde Mental (DSM – DP);
- Teatro (um reabilitativo, "*Teatro qui ci recita*", e dois profissionais, "*Teatro Ragazzi*" e "*Teatro Prosa*") e Rádio (*Psicoradio*). Os profissionais estão vinculados, em geral, a uma cooperativa chamada *Arte e Salute*. Já o reabilitativo está vinculado aos CD;
- Poliesportiva – iniciativas territoriais mais independentes, mas vinculadas aos projetos reabilitativos, que envolvem diversas práticas desportivas;
- Promoção e prevenção da saúde nas escolas onde os encontros entre usuários e estudantes são viabilizados.

O processo de inserção nessas atividades é resultado de uma construção que tem início quando o CSM propõe um projeto personalizado de percurso na rede. O educador profissional é sempre convocado diante de um projeto reabilitativo. Ele é um profissional de referência que está associado a todos os casos conduzidos pelo CSM. Quando se configura um projeto reabilitativo o CD é um destino possível, assim como as atividades transversais podem ser sugeridas.

Quando o CSM propõe a inserção no CD, a disponibilidade de vagas é verificada (total de 120). Caso haja vaga no CD da região, o caso é compartilhado entre as equipes, o que viabiliza a admissão e o primeiro contato com o usuário. Ele será, então, observado pela equipe do CD por uma ou duas semanas e, a partir dessa observação, serão consideradas as demais informações. Será construído um “projeto individualizado de reabilitação psicossocial”, com previsão de início e final, no qual constarão as atividades que serão realizadas pelo paciente, com as devidas justificativas. Esse projeto é, então, assinado pelo educador profissional e pelo paciente.

O CD oferece oficinas e atividades diferenciadas que variam de estrutura para estrutura. A título de exemplo podemos listar as atividades do CD de Casalecchio di Renno. Podemos agrupar as iniciativas, grupais e individuais, em alguns segmentos, segundo nossa percepção: acolhimento, clínico, educativo, de exercício físico.

As de acolhimento seriam:

- Acolhimento - acontecem todos os dias e é uma ocasião de encontro matinal com os usuários;
- Atividade de corredor - quando um educador fica acompanhando um usuário que não está participando de nenhuma atividade nos espaços de convivência, para fazer companhia;
- Almoço juntos - acontece todos os dias, exceto no dia da oficina de cozinha;
- Reuniões de cada paciente e com a equipe de operadores.

As clínicas:

- Arte Terapia individual e em grupo;
- Dança Terapia;
- Relaxamento.

As educativas:

- Oficina de criatividade e tapeçaria;
- Oficina de habilidades sociais que se propõe a atividades que preconizam orientação e Oficina de controle do comportamento;
- Biblioteca;
- Coro;
- Cuidado de si;
- Grupo de ouvintes de vozes, que é um encontro ampliado com outros serviços e convidados;
- Laboratório de Teatro;
- Jornal, com a confecção de murais ou *clipping*;
- Cozinha.

As de exercício físico:

- Atividade em Piscina como prática ou exercício físico;
- Basquete – prática de esporte.

Ao final desse percurso, ocorre uma avaliação por parte do CMS e a conclusão do projeto.

As atividades de inserção pela via do trabalho compreendem uma das facetas do projeto personalizado de reabilitação psicossocial do modelo de atenção bolonhês. Essa inserção tem o intuito de promover a integração social e facilitar a aquisição de capital social e econômico, afetando a qualidade de vida dos usuários.

As áreas de intervenção se direcionam para determinado contexto (mais ou menos protegido) e devem estar em consonância com a necessidade ou especificidade do usuário. Isso favorece um maior respeito ao usuário e torna mais claros os objetivos a serem perseguidos por cada projeto. A escolha pela qual o percurso se dá é consequência de decisão conjunta entre usuário e equipe. Frisa-se que a decisão não deve ser predefinida, preordenada ou imposta pela equipe. Nesse sentido, é reconhecido o que o usuário seja capaz e tenha o poder de fazer.

As formas de inserção via trabalho são praticadas através de seis modalidades:

- Inserção em contextos protegidos em empresas públicas e privadas;
- Utilização de legislação especial de tutela de pessoa “inválida, desabilitada e desativada” com reservas de vagas em empresas (mercado);
- Inserção em cooperativas sociais;
- Alocação em atividade de estágio e de formação no trabalho;
- Acompanhamento pelo modelo do *Individual Placement and Support* (Suporte para colocação individual no mercado de trabalho competitivo);
- Introdução à experiência do microcrédito.

No contexto da cooperativa social observa-se a reabilitação como um processo em que o sujeito desenvolve, com ajuda da equipe especializada, a habilidade de usar seus próprios recursos e capacidades a fim de adquirir maior confiança em si mesmo e aumentar o seu nível de autoestima. Assim, através da aquisição de um maior poder contratual e de possibilidades de troca de recursos e de afetos, ele pode, também, aumentar sua autonomia e seu senso de responsabilidade consigo mesmo e para com os outros. Na cooperativa social, o trabalhador adquire uma visão global das atividades executadas pela cooperativa, não sendo alienado em uma única função. Ademais, adquire conhecimento de técnicas necessárias para a execução de determinado trabalho e, conseqüentemente, um maior sentimento de pertencimento a um grupo.

Já as atividades relacionadas ao percurso do trabalho oferecem, de forma pragmática para aquele ali inserido, o que se vê ou se espera na comunidade social: sentimento de pertencimento; produção coletiva; aceitação social; receber pelo que produzem; sentir-se como parte necessária do mundo, etc (Trono, 2012).

As estruturas residenciais do DSM-DP, conforme o Plano Regional de saúde mental, compreendem três tipos: Residência de Tratamento Intensivo (RTI), Residência de Tratamento de Longo Prazo (RTP) e Residência de Tratamento Sócio Reabilitativo (RSR). Elas são classificadas de acordo com a intensidade e duração do tratamento, que pode ser de curto, médio e longo prazo. Tais estruturas apresentam-se como: (a) alternativa à hospi-

talização em hospital geral - SPDC; (b) finalidade terapêutico-reabilitativa; (c) suporte e alternativa para a habilitação pessoal. As RTI são estruturas voltadas ao tratamento de sujeitos com quadros agudos complexos, mas que não necessitam de internação em estruturas hospitalares. Possuem assistência sanitária durante 24h e o período de permanência é de no máximo 30 dias, podendo ser prorrogado por mais 30 dias. Tal serviço visa realizar diagnóstico e intervenções terapêutico-reabilitativas durante o momento de crise. As RTP são estruturas com assistência sanitária por 12h e o tempo de permanência é de no máximo 6 meses, podendo ser prorrogado por mais 6 meses. O tratamento busca reabilitar e socializar usuários que possuem um quadro clínico complexo. Por fim, as RSR acolhem pessoas com o quadro psicopatológico grave, que possuem dificuldades para relacionar-se e realizar atividades cotidianas. Neste serviço, o paciente tem acesso a assistência especializada por seis horas por dia, visando à reabilitação, ressocialização e prevenção de incapacidades. A internação não pode ser superior a um ano, mas pode ser prorrogável por até três anos tendo em vista o Projeto Personalizado Compartilhado (AUSL, 2012; Santone et al., 2005).

Para complementar e assegurar a continuidade dos projetos e programas reabilitativos que se referem à fase residencial, o DSM-DP oferece também os Apartamentos de Tratamento Reabilitativo (ATR), que podem seguir dois diferentes padrões. O primeiro denomina-se Apartamentos dos Centros de Saúde Mental, CSMs, e possuem suporte dos profissionais dos CSM, que são responsáveis por realizar visitas semanais ou quinzenais com o objetivo de monitorar o desenvolvimento do projeto reabilitativo personalizado acordado com os usuários: educador profissional, assistente social e enfermeiros. Já os Grupos Apartamento, foco de análise do trabalho que ora apresentamos, são compostos por uma equipe de profissionais que disponibiliza uma atenção contínua.

Assim, configura-se um serviço reabilitativo bastante diferenciado.

Os Centros Diurnos se revelam com estruturas bastante semelhantes aos Centros de Convivência de Belo Horizonte quando contemplamos a meta reabilitativa, como as oficinas, as atividades transversais e a ideia geral de acolhimento. No entanto, os procedimentos e caminhos são bastante diversos.

O educador profissional é o centro das atividades enfocadas: ele acompanha o usuário em todos os momentos e constrói, junto com este, o percurso a ser seguido. Os Centros Diurnos preconizam uma perspectiva de trabalho que, apesar de apontar claramente para o acesso a direitos sociais apontados pela literatura – moradia, emprego, acesso a redes de relações comunitárias e sociais com circulação social, a perspectiva de conquista de autonomia - vincula-se a um registro que sugere ressocialização e integração como metas. Os processos definidos para o percurso são basicamente educativos. No entanto, estão também associados a intervenções clínicas, como a Arte terapia e a Dança terapia.

Trata-se de um compromisso que tem metas vinculadas à reconquista de habilidades e à diminuição das tensões que podem impactar as relações entre os usuários e seus familiares e outras relações.

As residências são dispositivos para a abordagem de crises, tendo caráter clínico e também reabilitativo, porém, com limitação de liberdade de circulação na maior parte dos casos, ocasionando o afastamento em relação ao convívio comunitário.

As relações de trabalho são diversificadas e oferecem alternativas que se apoiam em dispositivos organizacionais e normativos que, em escala considerável, geram oportunidades efetivas de geração de renda.

O trânsito pela rede – CSM, CD, residências, projetos de trabalho – tem na figura do educador o profissional de referência e gera um acompanhamento individual, mas com limites específicos de tempo e com flexibilidade apenas relativa e calcada em processos avaliativos conduzidos pelas equipes de saúde mental, nos quais a psiquiatria e a enfermagem psiquiátrica têm papel de destaque.

O empoderamento se mostra mais vigoroso, como proposta, nas atividades transversais e de trabalho, nas quais as perspectivas de ampliação de recursos entre usuários e comunidade favorecem a ampliação das relações interpessoais. Os CD parecem ofertar respostas mais pragmáticas que remetem a ferramentas adaptativas e de regulação comportamental dos usuários.

Se isso significa efetivo exercício de autonomia, não há como afirmar plenamente. O estudo das histórias de vida, possivelmente, nos darão in-

dicadores mais amplos para refletir sobre o impacto do projeto reabilitativo na vida dos usuários. Há, no entanto, notória distância em relação aos projetos asilares e excludentes preconizados pela psiquiatria tradicional hospitalocêntrica.

Se tomarmos os modelos que temos elencado, as observações sugerem uma maior sintonia com o modelo educacional que pretende promover e ofertar recursos socializadores e interativos – adaptação, integração. A perspectiva clínica está associada a esse modelo, fortalecendo-o. No entanto, a conquista de direitos individuais, sociais, políticos e civis também é pautada como um desafio de produção de reinserção, inclusão, construção de cidadania. O tema da responsabilidade dos serviços, na oferta de uma resposta, e da responsabilidade do usuário, na superação das suas dificuldades, tem valor estratégico nesta direção: como equilibrar responsabilidade e liberdade?

Concluindo

Procuramos responder, ainda parcialmente: quais são os desenhos e as especificidades da prática de reabilitação psicossocial na Itália?

Muitas diferenças se sinalizam quando nos aproximamos da proposta e da prática reabilitativa desenvolvida atualmente em Bolonha. As diversas modalidades de reinserção nas relações de trabalho e as possibilidades de moradia abrem pauta de estudos e nos instigam a propor estudos que viabilizem as aproximações com o cenário brasileiro. A prática da psicologia, por exemplo, seria um ponto interessante de interrogação, já que sabemos acerca de uma maior centralidade dessa profissão na saúde mental brasileira. A composição das equipes e a centralidade da psiquiatria e da figura do educador profissional são pontos de destaque.

Porém, no que concerne ao desenho de nossa pesquisa, gostaríamos de concluir comentando acerca de alguns desafios: serão os conceitos de reabilitação capazes de oferecer efetivos parâmetros na avaliação qualitativa dos serviços? Concluímos pela identificação de um modelo mais diretivo, pragmático e pedagógico no cenário de Bolonha, apoiados em uma concepção de contratualidade mais formalizada e, em certo sentido,

restritiva da circulação e flexibilização dos projetos de vida dos usuários. É o início de uma longa caminhada a ser feita na parceria com os serviços de saúde mental. O cotejamento das informações, a documentação dos processos e seu amplo compartilhamento é o nosso principal interesse. Trata-se de capturar uma prática promovendo o reconhecimento de sua complexidade.

Referências

- Amarante, P. (Org.). (1994). *Psiquiatria social e reforma psiquiátrica*. Rio de Janeiro: Fiocruz.
- Amarante, P. (Org.). (1995). *Loucos pela vida: a trajetória da reforma psiquiátrica no Brasil*. Rio de Janeiro: Fiocruz.
- Amarante, P. (Coord.). (1996). *O homem e a serpente: outras histórias para a loucura e a psiquiatria*. Rio de Janeiro: Fiocruz.
- Amarante, P. & Torre, E. (2001). A Constituição de novas práticas no campo da Atenção psicossocial: análise de dois projetos pioneiros na Reforma Psiquiátrica no Brasil. *Saúde em Debate*, 25(58), 26-34.
- Amarante, P. (Org.). (2003). *Archivos de saúde mental e atenção psicossocial*. Rio de Janeiro: Nau.
- Azienda Unità Sanitaria Locale di Bologna – AUSL (2012). *Carta dei Servizi: Strutture residenziali-Dipartimento salute mentale e dipendenze patologiche*. Bologna.
- Barros, D. (1994). *Jardins de Abel: desconstrução do manicômio de Trieste*. São Paulo: Lemos/EDUSP.
- Silva, A, Barros, C, Nogueira, & M. L. Barros, V. (2007). “Conte-me sua história”: reflexões sobre o método de história de vida. *Mosaico: Estudos em Psicologia*, 1(1), 25-35.
- Bauer, M. W. & Gaskell, G. (2002). *Pesquisa qualitativa com texto, imagem e som: manual prático*. Petrópolis, RJ: Vozes.
- Fioritti, A. (2008). Trent’anni di 180: le politiche di salute mentale tra passato e futuro. In *Riforma psichiatrica*, 3, 417- 428.
- Goulart, M. S. B. (2004a). De profissionais a militantes - a luta antimanicomial dos psiquiatras italianos nos anos 60 e 70. Tese de Doutorado, Programa de Pós-graduação em Ciências Humanas, Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, MG.
- Goulart, M. S. B. (2004b). Os descaminhos da política de saúde mental: um estudo sobre os serviços ambulatoriais nos anos 80. In I. F. Ferrari, & J. N. G. Araújo (Orgs.), *Psicologia e ciência na PUC MINAS* (pp. 291-312). Belo Horizonte: PUC Minas.
- Goulart, M. S. B. (2006). A construção da mudança nas instituições sociais: a reforma psiquiátrica. *Pesquisas e Práticas Psicossociais*, 1(1), 1-19. Acesso em 15 de maio, 2013, em http://www.ufsj.edu.br/portal-repositorio/File/revistalapi/A_Construcao_da_Mudanca_nas_Instituicoes_Sociais..._-MSB_Goulart.pdf
- Goulart, M. S. B. (2007). *As raízes italianas do movimento antimanicomial*. São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Goulart, M. S. B. (2009). Hospital Galba Velloso e suas histórias. In *Anais do VIII Encontro Sudeste de Historia Oral*. Acesso em 15 de maio, 2013, em <http://www.fafich.ufmg.br/historiaoral/index.php/por/Anais-VIII-Encontro/GT-Memoria-e-Saude>
- Guerra, A. M. C. (2004). Reabilitação psicossocial no campo da reforma psiquiátrica: uma reflexão sobre o controverso conceito e seus possíveis paradigmas. *Rev. Latinoam. Psicopat. Fund.*, 7(2), 83-96.
- Kastrup, V. (2010). Pesquisar, formar, intervir. In ANPEPP (Org.), *Anais XIII Simpósio de pesquisa e intercâmbio científico em psicologia – pesquisa em psicologia – formação, produção e intervenção* (pp. 169-182). Fortaleza: Autor.
- Kinoshita, R. T. (1987). Uma experiência pioneira: a reforma psiquiátrica italiana. In R. G. Marsiglia, D. A. Dallari, J. F. Costa., F. D. M. Moura Neto, R. T. Kinoshita, & A. Lancetti (Orgs.), *Saúde mental e cidadania* (pp. 77- 78). São Paulo: Mandacaru.
- Kinoshita, R. T. (2001). Contratualidade e Reabilitação Psicossocial. In A. Pitta (Org.), *Reabilitação Psicossocial no Brasil* (pp. 9 -55). São Paulo: Hucitec.
- Lobosque, A. M. & Souza, M. E. (Orgs.) (2006). *Atenção em saúde mental*. Belo Horizonte: Secretaria do Estado da Saúde de Minas Gerais.
- Lourau, R. (1974). *A análise institucional*. Petrópolis, RJ: Vozes.
- Mângia, E. F. & Nicácio, F. (2001). *Terapia Ocupacional em Saúde Mental: tendências principais e desafios contemporâneos*. In M. De Carlo & C. Bartalotti (Orgs.), *Terapia Ocupacional no Brasil: fundamentos e perspectivas* (63-80). São Paulo: Plexus.
- Nilo, K., Morais, M. A. B., Guimarães, M. B. L., Vasconcelos, M. E., Nogueira, G. N., & Abou-Yd, M. (2008). *Política de Saúde Mental de Belo Horizonte: O Cotidiano de uma Utopia*. Belo Horizonte: Secretaria Municipal de Saúde.

- Putnam, R. D. (1996). *Comunidade e democracia: a experiência da Itália moderna*. Rio de Janeiro: Fundação Getúlio Vargas.
- Santone, G., Girolamo G., Fallon, I., Fioritti, A., Micciolo, R., Picardi, A., & Zanaldi, E. (2005). The process of care in residential facilities: a national survey in Italy. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol.*, 40(7), 540-550.
- Saraceno, B. (1998). A concepção de reabilitação psicossocial como referencial para as intervenções terapêuticas em saúde mental. *Rev. Ter. Ocup.*, 9(1), 26-31.
- Saraceno, B. (1999). *Libertando Identidades: da reabilitação à cidadania possível*. Rio de Janeiro: TeCorá; Belo Horizonte: Instituto Franco Basaglia.
- Saraceno, B. (2001). A Reabilitação como cidadania. In *Libertando Identidades: da reabilitação psicossocial à cidadania possível* (2ª ed.). Rio de Janeiro: Te Corá,
- Trono, V. (Org.). (2012). *Manuale Operativo. Il sistema degli interventi sociali riabilitativi attivi, formativi e lavorativi*. Bologna: Dipartimento di Salute Mentale Dipendenze Patologiche.
- Zani, B. (Org.). (2012). *Psicologia di Comunità – prospettive, idee, metodi*. Roma: Carocci.
- Word Association For Psychosocial Rehabilitation - WAPR. (2012). 11º. Word Congress. Anais. Milão: WAPR.

O espaço residencial e a construção da autonomia: os grupos apartamentos de *Bologna* (Itália)

Maria Stella Brandão Goulart

Áquila Bruno Miranda

Bruna Zani

Marina Passos Pereira Campos

Hernani Luís Chevreux Oliveira Coelho Dias

Introdução

O presente artigo é um produto parcial da pesquisa intitulada “Modelos de Reabilitação Psicossocial para os usuários de psiquiatria: Um confronto das experiências de Minas Gerais e Emilia Romagna”, resultado do acordo internacional entre a Universidade Federal de Minas Gerais, a Universidade de *Bologna* e o Departamento de Saúde mental e Dependência Patológica (DSM-DP) de Bolonha, Itália. Trata-se de relato de observação realizada, no contexto do trabalho de pesquisa, no período de março a julho de 2013, nos serviços residenciais do DSM-DP de Bolonha. Busca-se, ao longo deste artigo, apresentar e discutir os modelos e as práticas reabilitativas desenvolvidas pelos serviços destinados à moradia de usuários dos serviços psiquiátricos, que são denominados “Grupos Apartamento”.

Bolonha é uma cidade com 850.000 habitantes, aproximadamente. A província de Bolonha abrange 6 distritos, com 800 profissionais públicos e 1200 público/privado, 11 centros de saúde mental e o Departamento de Saúde Mental e Dependência Patológica (DSM-DP). O DSM-DP é dividido em três setores, Psiquiatria Adulta, Neuropsiquiatria Infantil e Serviço de Toxicodependência. O DSM-DP faz também uma consolidada rede de apoio e gerenciamento com o terceiro setor através da figura das cooperativas sociais. Dentro do Departamento de psiquiatria adulta existem três tipos de organizações: a organização hospitaleira, a territorializada e o vo-

luntariado. A instância hospitalar é o SPDC (*Servizio Psiquiátrico di Diagnosi e Cura*). Dentro da organização territorializada existem os Centros de Saúde Mental (CSM), os Centros Diurnos, algumas Atividades transversais, Cooperativas de inserção ao trabalho, residências psiquiátricas e grupos apartamentos. A atuação desses serviços abrange atividades de promoção e prevenção da saúde, diagnóstico, cuidado e reabilitação dos sujeitos em sofrimento mental.¹

Considere-se que Bolonha se orienta pela *Lei n. 180*, chamada Lei Basaglia, que preconiza o atendimento territorial e dispensa a utilização da estrutura de internação em hospitais psiquiátricos (Fioritti, 2010).

As estruturas residenciais do DSM-DP, conforme o Plano Regional de Saúde Mental compreendem três tipos: Residência de Tratamento Intensivo (RTI), Residência de Tratamento de Longo Prazo (RTP) e Residência de Tratamento Sócio Reabilitativo (RSR). Elas são classificadas de acordo com a intensidade e duração do tratamento, que pode ser de curto, médio e longo prazo. Tais estruturas apresentam-se como: (a) alternativa à hospitalização em hospital geral - SPDC; (b) finalidade terapêutico-reabilitativa; (c) suporte e alternativa para a habilitação pessoal. As RTI são estruturas voltadas ao tratamento de sujeitos com quadros agudos complexos, mas que não necessitam de internação em estruturas hospitalares. Possuem assistência sanitária durante 24h e o período de permanência é de no máximo 30 dias, podendo ser prorrogado por mais 30 dias. Tal serviço visa realizar diagnóstico e intervenções terapêutico-reabilitativas durante o momento de crise. As RTP são estruturas com assistência sanitária por 12h e o tempo de permanência é de no máximo 6 meses, podendo ser prorrogado por mais 6 meses. O tratamento busca reabilitar e socializar usuários que possuem um quadro clínico complexo. Por fim, as RSR acolhem pessoas com o quadro psicopatológico grave, que possuem dificuldades para relacionar-se e realizar atividades cotidianas. Neste serviço, o paciente tem acesso a assistência especializada por seis horas por dia, visando à reabilitação, ressocialização e prevenção de incapacidades. A internação não pode ser superior a um ano, mas pode ser prorrogável por até três anos tendo em vista o Projeto Personalizado Compartilhado.

¹ Dados retirados da conferência realizada pelo Dr. Angelo Fioritti, diretor do DSM-DP de Bolonha, na Itália, no dia 15/05/2013, por ocasião do evento "Semana de Saúde Mental e Inclusão Social".

Para complementar e assegurar a continuidade dos projetos e programas reabilitativos que se referem à fase residencial, o DSM-DP oferece também os Apartamentos de Tratamento Reabilitativo (ATR), que podem seguir dois diferentes padrões. O primeiro denomina-se Apartamentos dos Centros de Saúde Mental, CSMs, e possuem suporte dos profissionais dos CSM, que são responsáveis por realizar visitas semanais ou quinzenais com o objetivo de monitorar o desenvolvimento do projeto reabilitativo personalizado acordado com os usuários: educador profissional, assistente social e enfermeiros. Já os Grupos Apartamento, foco de análise do trabalho que ora apresentamos, são compostos por uma equipe de profissionais que disponibiliza uma atenção contínua.

Vale lembrar que a reforma psiquiátrica italiana é uma importante referência para as experiências de desinstitucionalização da assistência psiquiátrica tradicional (hospitalocêntrica) e para construção da Rede de Atenção Psicossocial brasileira, desenvolvida desde os anos 80. Franco Basaglia, psiquiatra, um dos principais construtores da *Lei n. 180*, que prevê a extinção progressiva dos hospitais psiquiátricos com a criação de serviços alternativos ao modelo manicomial, ao visitar o Brasil, em 1978 e 1979, fortaleceu os ideais dos trabalhadores e usuários da saúde mental que já estavam organizados em um movimento nacional pela superação do modelo de assistência psiquiátrica disponível no Brasil nos anos 70 do século XX (Basaglia, 2000; Goulart, 2007). A influência do pensamento basagliano também se faz observar nos serviços públicos de saúde mental brasileiros, com a criação de CAPS (Centro de Atenção Psicossocial), Centros de convivência e cultura, cooperativas de trabalho e projetos de moradia/residência protegidas, também denominadas residências terapêuticas. Além disso, seu trabalho foi fundamental para o desenvolvimento de ações para a conscientização da comunidade no sentido de conviver com a loucura, pela reconstituição da cidadania dos sujeitos em sofrimento mental e por reformular as representações sociais em torno da questão da loucura no Brasil e em muitas outras localidades no mundo. Na Itália, sua influência é fundamental na constituição das primeiras iniciativas de desinstitucionalização efetiva, apesar de cada uma das regiões, ou mesmo cidades italianas, guardarem características próprias, mesmo que orientadas pela Lei n. 180. Nesse sentido, a oportunidade de estudos dos serviços de saúde mental de Bolonha nos permite trabalhar com um enquadre pouco explorado e bastante específico, se tomarmos como referência a

consagrada experiência de Trieste, fundada e conduzida por Basaglia até seu falecimento. Bolonha nos revela soluções locais e orientações específicas que ilustram a real diversidade do cenário italiano.

Metodologia

Para discutir as práticas e os processos reabilitativos construídos pela equipe de trabalho dos Grupos Apartamentos recorreremos às elaborações teóricas realizadas na perspectiva político-crítica italiana, que será representada neste trabalho por Saraceno (1999), Venturini et al. (2003) e Rotelli (1990). Estes psiquiatras, apesar de colocarem relevantes críticas ao conceito, entendem a reabilitação psicossocial do sujeito em sofrimento mental não apenas como resultado de conquista dos direitos formais, mas também como um processo de restituição daquilo que ele denomina direitos substanciais, ou seja, a construção diária de possibilidades que caminhem em direção a aspectos subjetivos, produtivos e habitacionais. A pesquisa foi orientada pela metodologia qualitativa, valendo-se da observação participante que, além de ser um instrumento para auxiliar na compreensão do meio estudado, é também um método que provoca mudanças sociais no campo e no objeto pesquisado, além de provocar e modificar o pesquisador-observador. Durante cinco meses, uma pesquisadora, estudante de psicologia integrada ao Programa Ciência Sem Fronteiras, por meio do contato direto com quatro Grupos Apartamentos, observou e acompanhou as atividades reabilitativas desenvolvidas com usuários desse serviço. Além disso, houve a possibilidade de participação em reuniões de equipe e realização do acompanhamento terapêutico de uma usuária. Também foram realizadas entrevistas semiestruturadas com técnicos e coordenadores dos serviços, além de coleta e análise de documentos. Ao final da observação, os dados coletados foram compartilhados e discutidos com as equipes do Grupo Apartamento, visando à construção de um saber compartilhado e participativo (Haguet, 1987).

Resultados e discussão

A reorientação da atenção destinada a sujeitos em sofrimento mental evidenciou a necessidade e importância da estruturação de novos dispositivos que acolhessem as inúmeras demandas apresentadas por esses cidadãos. Assim, ao longo dos anos, observa-se que a luta dos usuários dos serviços de saúde mental alcançou outros patamares, quais sejam, a

conquista e a consolidação de direito sociais e individuais, como: educação, trabalho, lazer e moradia. Nesse sentido, Saraceno (1999) compreende o acesso à moradia como um marco fundamental para a ruptura com o modelo manicomial, pois o movimento em direção ao habitar permite a reconstrução de poder contratual, garantindo maior autonomia e possibilidades para ocupar, administrar e refazer o espaço vital a partir da perspectiva do próprio sujeito.

O habitar tem a ver com um grau sempre mais evoluído de “propriedade” (mas não somente material) do espaço no qual se vive, um grau de contratualidade elevado em relação à organização material e simbólica dos espaços e dos objetos, à sua divisão afetiva com outros. (Saraceno, 1999, p. 114)

Assim, as experiências proporcionadas pela construção de um novo modelo de assistência ao sujeito em sofrimento mental, revelaram a necessidade de investimentos em dispositivos que auxiliassem aqueles usuários que, em função de uma longa história de internação em instituições totais, foram destituídos do direito de pertencimento, de habitar, de identidade e de liberdade. Diante dessa nova exigência, os Grupos Apartamentos ofertados pelo DSM-DP apresentam-se como uma alternativa transitória que visa à re aquisição da autonomia e do poder contratual de sujeitos que viveram durante um longo período em estruturas coletivas (pública ou privada), que possuem conflitos com a família de origem, ou que vivem em situação de abandono. Para tanto, esse dispositivo propõe três condições fundamentais para um programa terapêutico reabilitativo: a adesão voluntária ao projeto, a convivência em pequenos grupos e o apoio de profissionais qualificados.

Os Apartamentos apoiados pelos serviços de saúde mental são estruturas de habitação que podem ser geridas tanto pelo Departamento de Saúde Mental como por cooperativas sociais. Estão localizados em zonas urbanas, com fácil acesso aos meios de transporte e serviços de saúde, lazer e educação. Esse serviço destina-se a hospedar de cinco a seis pessoas. O número pode variar de acordo com a estrutura do apartamento e o projeto personalizado dos sujeitos hospedados.

A atual organização é direcionada a apoiar o usuário na conquista de sua autonomia, tornando-o corresponsável pelo seu percurso reabilitativo. Assim, para aqueles sujeitos que querem iniciar um percurso no

âmbito do projeto “Suporte Habitativo”, os profissionais dos CSM responsáveis fornecerão apoio técnico e emocional para o desenvolvimento de atividades diversas, principalmente no que tange aos aspectos: higiene, limpeza do espaço de residência, preparação das refeições, circulação nos diversos espaços da cidade, gestão do dinheiro e autogestão da medicação. Em sintonia com tais habilidades, os técnicos desenvolvem, junto ao usuário, ações que favoreçam a participação do hóspede em projetos de inserção no trabalho e atividades de ressocialização. Portanto, os Grupos Apartamentos são espaços onde o sujeito desenvolve práticas que favoreçam a reconstrução da sua autonomia de vida, visando à conquista de uma moradia própria ou inserção na família de origem e, em alguns casos, o encaminhamento para serviços residenciais comunitários (casa de repouso para idosos). A escolha por tal alternativa deve-se a situações nas quais o paciente possui mais de 60 anos, não possui vínculo familiar e tem um alto grau de dependência física. Essa etapa do tratamento é conduzida com muita cautela, visto que, a partir desse momento o usuário terá autonomia para gerir suas escolhas, fato que pode revelar insegurança e medo tanto para a equipe como para o usuário. Esse período de transição também evidencia um novo modo de relacionar-se e uma reconfiguração dos laços com os profissionais do CSM e Grupo Apartamentos, pois, apesar do apoio dos técnicos por meio de visitas semanais ou quinzenais, é responsabilidade do usuário realizar e responder as problemáticas do cotidiano e criar outros espaços de apoio sociocomunitário.

Os Grupos Apartamentos são apoiados por uma equipe multiprofissional, constituída por um enfermeiro, responsável pela coordenação geral do serviço, e um operador sócio sanitário (OSS), que acompanha o cotidiano da estrutura e auxilia no exercício das atividades diárias. Ambos oferecem suporte continuado, durante 12 horas por dia e sete dias por semana. Todavia, o período de atenção é flexível, de acordo com as necessidades que podem surgir durante a jornada de trabalho. O educador profissional destaca-se como um importante agente educativo e reabilitativo, pois, em parceria com a equipe do Grupo Apartamento e o usuário, trabalha na re aquisição de habilidades que são consideradas fundamentais para que o hóspede possa, após o tratamento, viver em contextos de maior autonomia. Ao longo de sua jornada de trabalho, o educador profissional tem como norte o Projeto Personalizado Compartilhado.

Para ter acesso aos Apartamentos do DSM-DP (Grupo Apartamento) é necessário que o sujeito seja cidadão italiano ou cidadão estrangeiro em situação legal, que esteja em acompanhamento pelo CSM de Bolonha e tenha um nível razoável de autossuficiência para realizar as atividades básicas de subsistência. O período de permanência, que não deve ultrapassar o período de três anos, é definido no Projeto Personalizado Compartilhado, desenvolvido pela equipe de referência CSM com o usuário, e quando possível, por familiares e voluntários, todavia, em alguns casos esse tempo pode ser prorrogado. O projeto deve ser assinado por todos os atores envolvidos com o tratamento do usuário, revelando sua dimensão formal e contratual. Periodicamente são realizados encontros que buscam avaliar os objetivos e resultados alcançados pelo hóspede e a partir daí é possível traçar a continuidade ou finalização do tratamento no Grupo Apartamento. Destaca-se que, em alguns casos, o período máximo de três anos não é suficiente para permitir que o hóspede seja encaminhado para uma moradia individual ou coletiva, diante disso, o tempo é prorrogado e são pensadas outras estratégias e ações para efetivar os objetivos apresentados pelo Projeto Personalizado Compartilhado.

O Projeto Personalizado Compartilhado é um instrumento construído quando o usuário é inserido do CSM e busca, em parceria com o paciente e a família, elaborar metas para o processo de reabilitação do sujeito em tratamento. A partir da formulação desse instrumento é possível criar estratégias para a efetivação do mesmo. Destaca-se, também, o caráter individualizado desse método, visto que as metas reabilitativas são construídas para cada usuário e com uma equipe de profissionais capacitada para acolher e pensar as necessidades do usuário. Além disso, o Projeto Personalizado Compartilhado, construído junto com o usuário, permite que ele elabore e eleja meios para a efetivação do seu projeto de reabilitação. Nota-se a importância da articulação com a família, que é colocada como importante ator no processo de tratamento do usuário. O Projeto Personalizado Compartilhado é também fundamental para orientar a trajetória do usuário dentro dos Grupos Apartamentos.

Após a inserção do usuário no serviço de moradia, é construído um Projeto de Habitação Personalizado, elaborado pela equipe do CSM e Grupo Apartamento, usuários e familiares. Nele estão destacados: (a) os objetivos e o tempo do tratamento; (b) os métodos para auxiliar na

construção da autonomia; (c) a programação de avaliação periódica, que busca analisar o percurso terapêutico e reabilitativo do usuário. O projeto em questão também é compartilhado com o técnico de referência do CSM, os profissionais dos Grupos Apartamentos, o usuário e, em alguns casos, com a família, outros serviços e voluntários. A entrada no serviço habitativo é também acompanhada pela assinatura de um contrato entre o usuário e os técnicos, no qual aquele se compromete a cumprir os requisitos apresentados pelo regulamento do Grupo Apartamento do DSM-DP em cooperação ativa para o sucesso da experiência, participar de avaliações periódicas, além de construir e colaborar com o Projeto de Habitação Personalizado.

Dentre as diversas atividades realizadas nos Grupos Apartamentos, destacam-se as reuniões semanais entre hóspede, equipe e coordenação. Nas reuniões, os sujeitos em sofrimento mental têm um espaço para relatar os acontecimentos importantes da semana, as dificuldades apresentadas para o cumprimento das escalas de atividades domésticas, os problemas e acertos no ambiente de trabalho e avaliar o relacionamento com técnicos e outros hóspedes. Tal encontro possibilita a abertura para a circulação da palavra e cria um espaço no qual o hóspede coloca as suas dificuldades e acertos e, ao mesmo tempo, recebe apoio, auxílio e constrói respostas em parceria com a equipe e os usuários que, algumas vezes, já vivenciaram as mesmas situações. Assim, o diálogo e as elaborações evidenciam que o percurso reabilitativo é de fato um trabalho feito por muitos, no qual não prevalece o olhar técnico competente, apenas.

Já a saída dos Grupos Apartamentos ocorre pelas seguintes razões: cumprimento dos objetivos definidos pelo projeto (esgotado seu tempo, inclusive); grave falta ou repetidas infrações do regulamento pelo usuário hóspede; e, finalmente, quando os operadores ou o usuário, após verificação e comparação, considere que a experiência nos apartamentos deixou de corresponder às necessidades do usuário e de seu projeto de vida.

As observações realizadas durante os cinco meses de pesquisa foram de grande importância para o início da construção de um saber acerca das práticas reabilitativas realizadas pela equipe dos Grupos Apartamentos. Ao longo desse processo podem-se destacar alguns marcos importantes para a efetivação do modelo de desinstitucionalização psiquiátrica e a reconstrução da autonomia dos sujeitos em situação de sofrimento mental,

fator este que se pode considerar estruturante nas ações e discursos dos técnicos e coordenadores do serviço observado.

Durante o período em que a psiquiatria tradicional era o principal modelo de referência para o cuidado do sujeito em sofrimento mental, a moradia era um importante instrumento para o fortalecimento das práticas de exclusão e eliminação da identidade e história do denominado paciente psiquiátrico.

Por muitas décadas, os grandes manicômios tornaram-se a moradia de diversos sujeitos. Nesses locais, tiveram seus corpos e suas vidas marcadas pelo poder da ciência. Goffman (1974) afirma que nessas instituições existiam diversos mecanismos para manter a loucura afastada do mundo externo e as define como “instituições totais”. Em tais espaços o usuário era obrigado a sujeitar-se a rígidas regras, que controlavam o tempo e as escolhas individuais. Nas chamadas instituições totais não havia fronteira entre o privado e o público, assim não se encontrava espaço para o encontro e exercício da identidade.

Prisão e manicômio, uma vez separados, continuaram conservando idêntica função de tutela e defesa da “norma”, ali onde o anormal (enfermidade ou delinquência) se convertia em norma ao ser circunscrito e definido pelos muros que estabeleciam sua diferença e sua distância. (Basaglia, 1986)

Contrapondo a essa lógica, nota-se que os Grupos Apartamentos, por meio do Projeto Personalizado Compartilhado, torna o hóspede um coautor do seu percurso reabilitativo. Ação que se configura em uma nova maneira de relacionar-se com a loucura e seus sintomas, pois a partir desse modelo os caminhos são percorridos e trilhados tendo como norte o possível apontado pelo sujeito. Desse modo, dado o caráter transitório do serviço, o projeto reabilitativo personalizado é focado em ações que levam o sujeito a elaborar estratégias e ações que o conduzam ao encontro de suas próprias escolhas. É partindo dessa perspectiva que o hóspede poderá, ao final do percurso habitativo, encontrar novas soluções, tais como: moradias compartilhadas com duas ou três pessoas, ser acolhido pela própria família ou por uma nova família, viver em um apartamento sozinho, mas com uma forte rede de amizade, ou conviver em pequenas comunidades com o apoio dos profissionais do CSM, dentre outras. Destaca-se que a inserção em um serviço residencial é o início de um longo

percurso reabilitativo, pois é em consonância com esse dispositivo que o usuário receberá apoio para participar de outros serviços da rede de saúde e dos espaços comunitários disponíveis.

Outro importante fator que evidencia o caráter desinstitucionalizante e reabilitativo dos Grupos Apartamento é a possibilidade de o hóspede ocupar os espaços da casa e circular livremente pela cidade. Ou seja, diferente das moradias oferecidas pelo modelo manicomial, no qual as possibilidades vocalizadas pelo ato médico configuravam-se como único caminho possível para os sujeitos reduzidos ao fenômeno da loucura, nos novos serviços residenciais os trajetos são pensados e negociados constantemente entre equipe e hóspede. Neste serviço, após assinar o acordo e o Projeto Personalizado Compartilhado, o hóspede recebe a chave das principais portas de acesso ao espaço externo. Tal ato tem um grande simbolismo para a história da loucura, pois nas estruturas clássicas as portas estavam sempre trancadas e as chaves que permitiam a saída e o retorno era um poder exclusivo do psiquiatra ou dos enfermeiros. O contrato que ele assina, no entanto, o obriga a: respeitar a higiene e ordem das instalações do apartamento através de uma colaboração ativa na gestão diária do seu quarto; comunicar com os operadores de referência sobre uma possível ausência por mais de um dia; respeitar o horário de descanso; não abusar de álcool ou de drogas no apartamento; participar das reuniões agendadas com os operadores de referência e outros hóspedes. Trata-se de um exercício de convivência disciplinada e normalizada.

Segundo Rotelli (1990), a desinstitucionalização altera gradativamente o estatuto jurídico do usuário: de paciente coagido a paciente voluntário, em seguida torna-se hóspede. Tal processo vem acompanhado pela eliminação dos diversos tipos de tutela jurídica e, por fim, pelo estabelecimento de todos os direitos civis. No caso em questão, ponderamos que há um relativo estado de “suspensão”, já que os sujeitos envolvidos estão em uma situação provisória e sob um processo de avaliação de desempenho.

No que concerne ao exercício de autonomia, configura-se, no caso estudado, uma concepção pragmática, vinculada ao desenvolvimento de habilidades específicas e racionalizadas de modo a propiciar ressocialização e integração. As regras da casa precedem os usuários e o processo é de cunho readaptativo, cunhado por um modelo educacional e orientador.

Configura-se o que podemos denominar, com Guerra (2004), de “modelo psicoeducativo”, em que há a direção de reconstrução de repertórios comportamentais que possam facilitar a adequação entre indivíduo (doente), família e comunidade, com vistas ao restabelecimento de um estado de equilíbrio, o que limita as possibilidades de contratualidade cidadã.

Notas conclusivas

As observações e informações compartilhadas apontam para a necessidade de repensar as práticas realizadas nos serviços residenciais terapêuticos como dispositivos de moradia de sujeitos em situação de sofrimento mental. Procuramos delinear apenas uma das modalidades oferecidas pela rede de saúde mental de Bolonha. Como foi dito no início deste artigo, as estruturas residenciais do DSM-DP buscam realizar intervenções terapêuticas e reabilitativas de breve, média e curta duração. Elas variam em relação ao modelo e duração da intervenção e os tipos são de: tratamento intensivo; longo prazo; tratamento socioreabilitativo e reabilitativo. Abordamos apenas esta última categoria: os ATR, Apartamentos de Tratamento Reabilitativo, na qual se situam os Grupos Apartamentos. A integração de usuários nestes grupos depende da indicação dos profissionais dos Centros de Saúde Mental e pressupõe a elaboração de um Projeto Personalizado Compartilhado que é pactuado e literalmente assinado. Este aponta para metas relativas à ampliação da autonomia funcional e enfrentamento de dificuldades domésticas, que se pautam em: relacionamento interpessoal; capacidade de se alimentar (comprar e cozinhar); cuidar da casa; capacidade para sair e retornar; uso adequado dos medicamentos; administração de dinheiro; entre outras habilidades.

É fundamental ponderar sobre as diversas modalidades do pensar e realizar a reabilitação. No caso estudado, ela resulta de toda uma experiência e um conjunto de demandas específicas, construídas ao longo do tempo pelos profissionais de saúde envolvidos.

É sabido que as moradias protegidas são um importante dispositivo para o processo de desinstitucionalização e redução dos leitos em hospitais psiquiátricos. Todavia, é necessário refletir sobre diversos aspectos envolvidos com a constituição desse serviço (econômicos, sociais, políticos e psicológicos).

Ao longo do período de observação, foram evidenciados alguns desses fatores, tais como: a não convergência entre o tempo de tratamento estipulado pela instituição, o tempo do sujeito e o status de hóspede, que merecem uma nota, de caráter opinativo e com a expectativa de constituição de pauta para novos estudos.

Inferimos que, muitas vezes, as habilidades exigidas para a conquista da autonomia talvez nunca sejam efetivamente alcançadas pelo hóspede e, diante disso, questiona-se: qual a relação entre autonomia, conquista de habilidade e a reabilitação? É possível estipular, demarcar ou avaliar um tempo médio para alguém se reabilitar em um espaço de moradia? Outro questionamento diz respeito ao lugar simbólico do sujeito em situação de sofrimento mental nos Grupos Apartamentos. Foi observado que institucionalmente tais pessoas eram consideradas hóspedes: alguém que se aloja temporariamente em uma casa alheia. Outras vezes, esses hóspedes eram vistos como efetivos moradores: aquele que habita ou residente de determinado lugar. São, no entanto, usuários: quem tem direito de uso. As diversas contratualidades apontam tanto para fragilidades relativas aos sujeitos envolvidos como também para os limites de acolhimento da própria estrutura residencial. Em diversos momentos, o Grupo Apartamento era definido como uma “grande família”, o que configurava uma casa, espaço subjetivo no qual se pode permanecer por toda a vida. Neste caso, as regras são mais ajustáveis e negociáveis e as relações baseadas em laços de afeto e aliança familiar. Todavia, ao mesmo tempo, esse serviço era classificado como uma instituição de saúde, evidenciando o seu caráter transitório, com regras menos flexíveis e uma relação baseada na prestação de um serviço. São denominações diferentes e que podem ter implicações na concepção que o sujeito em sofrimento mental e a equipe têm do lugar e do percurso que aquele sujeito deverá trilhar neste serviço.

Diante do exposto, conclui-se que a luta pelo fim dos manicômios deve ser acompanhada de alternativas práticas que ofereçam respostas versáteis e ricas para as diversas demandas e exigências apontadas pela realidade externa ao hospital psiquiátrico. É preciso um olhar atento para o percurso de cada sujeito durante o processo de aquisição da cidadania e a construção de um espaço de vida. Também fica evidente a importância da estruturação de modelos que visem à construção de redes de suporte com a comunidade ao entorno dos serviços residenciais, dado

o papel estruturante desta no percurso reabilitativo do sujeito em sofrimento mental.

Referências

- Basaglia, F. (1986). O homem no pelourinho. *Revista Educação e Sociedade*, 25, 73-95.
- Basaglia, F. (2000). *Conferenze brasiliane*. Milano: Raffaello Cortina Editore.
- Fioritti, A. (2010). Development of community mental health services: The case of Emilia-Romagna Region. *Psylogos*, 67-76. Acesso em 30 de março, 2013, em http://www.psylogos.com/Revista/Vol6N1/Indice9_ficheiros/Fioritti%20-%20%20P67-76.pdf.
- Goulart, M. S. B. (2007). *As raízes italianas do movimento antimanicomial*. São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Guerra, A. M. C. (2004). Reabilitação psicossocial no campo da reforma psiquiátrica: uma reflexão sobre o controverso conceito e seus possíveis paradigmas. *Rev. Latinoam. Psicopat. Fund.*, 2(2), 83-96.
- Haguette, T. M. F. (1987). *Metodologias qualitativas na sociologia*. Petrópolis, RJ: Vozes.
- Azienda Unità Sanitaria Locale di Bologna – AUSL (2013). *Regolamento Dell’abitare supportato del DSM-DP*. Bologna.
- Goffman, E. (1974). *Manicômios, prisões e conventos*. Rio de Janeiro: Perspectiva.
- Rotelli, F. (1990). Desinstitucionalização: uma outra via. In M. F. Nicácio (Org.), *Desinstitucionalização* (pp. 17-59). São Paulo: Hucitec.
- Saraceno, B. (1999). Reabilitação como cidadania. In B. Saraceno (Org.), *Libertando identidades: da reabilitação psicossocial à cidadania possível* (pp. 111-142). Rio de Janeiro: TeCorá.
- Venturini, E., Galassi, A., Roda, A., & Sergio, E. (2003). Habilitar-se em saúde mental: observações críticas ao conceito de reabilitação. *Arquivos Brasileiros de Psicologia*, 55(1), 56-63.

O conceito de autonomia e seus usos possíveis na saúde mental

Marciana Zambillo

Analice de Lima Palombini

Introdução

Ao propormos esta conversa sobre autonomia e saúde mental, são necessárias algumas ressalvas. A pergunta que motiva este texto é a derivação de outra: “os usuários de saúde mental são autônomos?”. Dessa questão, concentramo-nos unicamente na questão da autonomia e **não mais perguntamos quem é autônomo ou tem autonomia**, mas **o que é e quando há**. Ou, ainda, sob quais condições e critérios são possíveis ações de autonomia. A pergunta por **quem** implica a construção e o reconhecimento de fronteiras entre **quem tem** ou **é** e **quem não tem** ou **não é** autônomo. Aqui, nos esforçaremos para entender, suportar e sentir tanto a saúde mental quanto a autonomia como um processo ampliado, conjunto, e não de ‘uns para outros’, ou de ‘uns sobre outros’, mas como processos e funções que não se limitam ao plano individual.

O campo da saúde mental brasileiro adota o conceito de ‘autonomia’ e tem por ele muito zelo. Em geral, as pesquisas de campo voltadas ao contexto da saúde mental pressupõem um entendimento *a priori* de ‘autonomia’. Não há descrição, explicação ou problematização do termo. Citam-no apenas. Têm-se, como exemplos, as publicações na área da enfermagem e saúde mental de Moll e Saeki (2009), de Moreira, Felipe, Goldstein, Brito e Costa (2008), de Kirschbaum e Paula (2002), embora essas últimas deem indícios de que a autonomia do usuário a qual se referem está diretamente ligada à capacidade de autocuidado. Por outro lado, ao se procurar pela discussão conceitual de autonomia, ela se apresenta como puramente teórica, com referências, em sua maioria, a Kant, sem qualquer confrontação com o campo da saúde mental – nosso maior in-

teresse. Em grande parte, são pesquisas oriundas dos programas de Pós-Graduação em Filosofia ou Educação, como é o caso de Silva (2010), Trevisan (2011), Reegen e Chaves (2007), ou ainda dos trabalhos de Giacóia (2012) acerca da autonomia e utilizados neste artigo. Aqui, objetivamos desnaturalizar tal conceito, traçando um breve percurso histórico-filosófico do termo autonomia e problematizando-o no que se refere ao contexto atual da Saúde Mental em nosso País. Que autonomia é possível em saúde mental? Essa é a pergunta que norteia o presente trabalho. Trata-se de uma revisão bibliográfica filosófica acerca do conceito de autonomia; também apresentamos o uso possível do conceito dentro da estratégia e pesquisa da Gestão Autônoma da Medicação (GAM), da qual somos pesquisadoras e está apresentada na segunda parte deste artigo.

Diferentes conceituações de autonomia

O emprego mais antigo da palavra autonomia, de acordo com Siqueira-Batista e Scharamm (2008), remonta à antiguidade grega. É derivada do grego *autos* (próprio) e *nomos* (regra; governo ou lei) e foi primeiramente empregada com referência a autogoverno da *polis* cidades-estados. Autonomia tem, assim, uma acepção política no sentido de *autarkeia* – autarquia (comandar a si mesmo) – que, em Aristóteles (2011), refere-se a *polis/cidade* autossuficiente. Na concepção aristotélica, portanto, a autossuficiência se refere à cidade e não aos indivíduos separadamente: “quem for incapaz de se associar ou quem não sente essa necessidade por causa da sua autossuficiência, não faz parte de qualquer cidade, é um bicho ou um deus” (2011).

Segundo Siqueira-Batista e Scharamm (2008), as teorias éticas e morais¹ desenvolvidas na cultura helênica parecem corroborar a perspectiva

¹ Optamos, aqui, por não adentrar com maior rigor nas diferenças colocadas entre ética e *moral*. Limitamo-nos, portanto, a esclarecer que, corriqueiramente e para fins didáticos, considera-se a ética como reflexão sobre os modos e as possibilidades de ser, criando parâmetros de justificação racional e legitimação para o agir humano, enquanto que a moral é tomada como os costumes, valores e normas válidas para um contexto específico numa determinada época, com caráter prescritivo, normativo e material (Valls, 2004). A essas tentativas de distinção, Foucault faz uma contribuição importante, que é considerar a ética diretamente vinculada à constituição do sujeito. Assim, ele considera a moral “como o conjunto de regras e preceitos vinculados pelas instituições prescritoras – como a família, a religião, a escola e o trabalho” – e a ética como “a conduta dos indivíduos em relação a essas regras”, implicando a “análise dos modos de constituição da relação dos sujeitos consigo mesmo e com o mundo” (Nardi & Silva, 2009, p. 143).

que considera a liberdade humana como domínio de si e submissão dos instintos à razão em favor da organização da *polis*. Essa argumentação, que está presente tanto na obra de Platão (2012) quanto na de Aristóteles (2011), é sempre pensada no âmbito homem-cidadão e não homem-indivíduo. É o domínio da razão e do conhecimento sobre os impulsos sensíveis que faz do homem um ser livre e não escravo de seus apetites e vícios. De acordo com os autores, a noção de autonomia aplicada ao indivíduo é apresentada por Santo Agostinho, a serviço do cristianismo.

As revisões do conceito de autonomia pautadas em Kant (Giacóia, 2013; Segre, Silva & Schramm, 1998) ressaltam a importância do humanismo renascentista, da revolução científica, do ceticismo e do iluminismo na influência do pensamento kantiano, tornando possível a construção do indivíduo moderno e a consequente aplicação do conceito de autonomia ao indivíduo. Vale ressaltar que, a rigor, não há menção ao conceito de autonomia, pelo menos diretamente, entre os filósofos anteriores a Kant. Mas, através do conceito de vontade, o conceito de autonomia se faz sub-jacentemente presente.

Na *Crítica da Razão Pura*, Kant critica a metafísica, por ela buscar conhecimentos impossíveis de serem alcançados, como a liberdade, a imortalidade da alma e Deus. A liberdade – conceito que nos interessa para chegarmos à autonomia –, embora não possa ser conhecida, pode ser pressuposta (Kant, 2005, pp. 79-80). Para Kant, essa pressuposição implica tomar o homem como livre e portador de vontade pura, ou seja, uma vontade capaz de agir segundo princípios que ela mesma se impõe por meio da razão. Nesse sentido, explica Giacóia (2012), é por sermos racionais, livres e autônomos que podemos agir moralmente, ou seja, a autonomia da vontade identifica-se como autodeterminação da razão, por meio de valores e normas que possibilitam ao homem sair do estado de minoridade para atingir a maioridade. Já nos *Fundamentos da metafísica dos costumes*, Kant (2011) alerta que a autonomia não é incondicional e, portanto, precisa se submeter a um critério de universalidade. Isso porque, além da vontade pura (guiada pela razão e conseqüentemente capaz de se tornar ação universal), há no homem também uma vontade passível de determinação sensorial, que exige prudência. Assim, faz-se necessário submeter as ações humanas ao crivo da universalização do imperativo categórico – “age sempre como se a máxima de tua vontade pudesse tornar-

-se também o princípio de uma lei universal” – e do imperativo prático – “age de tal modo que possas tratar a humanidade, tanto em tua pessoa como na pessoa de qualquer outro, nunca somente como mero meio, mas sempre como um fim” (Kant, 2011, pp. 70 -79).

Schramm (1998) explica que a autonomia em Kant não é a simples ausência de condicionamentos externos, mas a capacidade de escolher embasando-se em princípios morais sem coação externa heterônoma (da lei, da cultura, por exemplo) – essa é a condição necessária da responsabilidade. Dessa forma, a lei moral autônoma é fundamentada e legitimada na ‘vontade boa’ própria do agente, sem interferência de outrem, sem designação (heteronomia). A maneira segura de fazer tais escolhas por si, segundo Kant, é guiá-las pela razão, deixar a razão dar-se suas próprias leis, sem derivá-las de algo exterior como a ‘vontade má’ (desejos e interesses privados), nem por uma ‘vontade superior’ (divina). Dalbosco (2005, p. 75) resalta que, para a filosofia prática kantiana, é decisiva a passagem da liberdade natural para a liberdade moral e política, caracterizada pela passagem da coação (*Zwang*) à obrigação (*Verpflichtung*), sob a condição de que só pode se sentir obrigado aquele que tem direito à lei universal. A lei a que o sujeito se sente obrigado a obedecer é aquela da qual ele mesmo é legislador e soberano.

Dessa argumentação, Kant extrai a noção de dignidade humana, inseparável da de autonomia. Para Giacóia (2012), o sentido atual dos conceitos de dignidade, liberdade e personalidade está profundamente impregnado da filosofia crítica de Kant. Isso, segundo Giacóia, pode facilmente ser percebido na constituição brasileira, na bioética atual, na carta da ONU sobre os direitos universais. “É sobre a realidade objetiva da lei moral, cuja validade é universal, que Kant assenta seus conceitos de dever, boa vontade, imperativo categórico, liberdade, autonomia, assim como de consciência moral e respeito” (2012, p. 24). Essas teses terão importantes desdobramentos nas filosofias vindouras pós Rousseau, especificamente em Nietzsche.

Ainda no campo da pesquisa conceitual acerca da autonomia, existe a influência de Nietzsche como um dos principais críticos a Kant. Conhecido como crítico da cultura, Nietzsche desconstrói a golpes de martelo os pressupostos racionalistas kantianos, ao propor que a gênese das concepções éticas tradicionais é fraca, impotente e ressentida (Nietzsche, 1999a),

uma ‘moral de rebanho’, de servidão. Nietzsche é particularmente contra as concepções kantianas de lei moral, dever incondicionado, imperativo categórico, consciência moral e virtude, e, conseqüentemente, é contra a ética deontológica² (moral dos deveres), normativa, na medida em que reconhece obrigações e formula preceitos que são regras de conduta com pretensão de validade geral, mas legitimadas pelo livre consenso racional. Temos aí um adversário da deontologia, das éticas prescritivas e, por sua vez, de todo imperativo categórico (Giacóia, 2012). Nas palavras do filósofo em *A Gaia Ciência*:

faz-me pensar no velho Kant, que, como castigo por ter deixado escapar ‘a coisa em si’ – também uma coisa muito ridícula! –, foi colhido pelo ‘imperativo categórico’, e com ele retornou de novo, de coração e por engano, para ‘Deus’, ‘alma’, ‘liberdade’ e ‘imortalidade’, igual a uma raposa, que retornou por engano à sua jaula: — e tinham sido sua força e inteligência que haviam arrombado aquela jaula! Como? (1999b, p. 191)

Esse trecho nos apresenta dois pontos da oposição de Nietzsche. Denuncia a teologia metafísica na qual Kant recai, ao mascarar-la de filosofia crítica, mas, em contrapartida, reconhece a força e a inteligência de Kant para libertar os “espíritos livres” das prisões teológica e metafísica. Refere-se ao homem massa, no qual o devir é desconhecido e que, por um estranhamento de si mesmo, poderá conhecer sua má consciência. Para Nietzsche, a ‘vontade boa’ e os princípios morais racionais agem por motivações inconscientes de vontade de poder, que, ao ser frustrada, resulta em ressentimento (Schramm, 1998). De acordo com Giacóia (2013), a superação da servidão inerente à eticidade tradicional se dá pela transfiguração da liberdade e pela autonomia da vontade: “o homem livre é não-ético, porque em tudo quer depender de si e não de uma tradição ... Uma autoridade superior, a que se obedece, não porque ela manda fazer o que nos é útil, mas porque ela manda” (Nietzsche, 1999c, p. 141). Arquiteta-se assim, a vontade, a criatividade e o sentimento estético como genuínas afirmações de vida (Siqueira-Batista & Schramm, 2008).

A ética de Nietzsche poderia ser dita elitista na defesa pela individualidade e singularidade e, assim, incapaz de fundar qualquer pacto político. O que Nietzsche faz é problematizar a moral, buscar seu valor

² Uma teoria ética deontológica estabelece um critério (um princípio ou um procedimento/meio de decisão, etc.) para saber se uma regra expressa uma obrigação genuinamente moral (Dall’Agnol, 2004, p. 89).

próprio, que, até então, colocava-se como inquestionável, absoluto. Por outro lado, alerta Giacóia (2012), a genealogia nietzschiana da moral tem-se demonstrado compatível com as propostas éticas não normativas, nas quais **éthos** é entendido como forma de vida, como estilística da existência, como encontrado nos pensadores pós-modernos.

Nietzsche nos traz o conceito de ‘vontade de poder’ como potência criadora, que pretende não apenas a autoconservação, mas a autossuperação e o autodesenvolvimento. Se, em Kant, temos a submissão da individualidade a uma lei moral racional, em Nietzsche temos a singularidade dos pensamentos, sentimentos e impulsos determinando o que fazer. A autonomia e a autenticidade encontram-se para além do homem, num devir ético-estético. O próprio Nietzsche afirma:

Nós, homens modernos, somos herdeiros da vivisecção da consciência e auto-sevícia [“mal tratamento de animais contra si mesmo” ou “maus-tratos do homem contra o que é animal em si mesmo” (nota do tradutor)] de milênios: nisso temos nosso mais longo exercício, nossa aptidão artística talvez, em todo caso, nosso refinamento, nossa perversão de gosto. O homem considerou por demasiado tempo suas propensões naturais com “maus olhos”, de tal modo que, nele, elas se irmanaram finalmente com a “má consciência”. (1999a, p. 355)

Contra o entendimento kantiano de autonomia também se destaca a psicanálise. Siqueira-Batista e Schramm (2008) explicam que, por pelo menos dois motivos, a noção de inconsciente, como possível ditame das preferências e opções aparentemente estabelecidas como atividades conscientes, abalam o reinado de autodeterminação consciente da razão iluminista; o deslocamento da tríade consciente, inconsciente e pré-consciente para Eu, Isso, Supereu anuncia a participação do processo civilizador na formação do psiquismo.

De acordo com Braz (1999), a partir da produção do conceito de inconsciente de Freud, ocorre uma ruptura com o pensamento da filosofia moderna. Uma vez que não há acesso livre e constante ao inconsciente e que estaríamos sob sua égide, a proposta freudiana vem se contrapor à ideia do homem possuidor de razão e capaz de se autodeterminar, questionando as premissas que constituíam a argumentação acerca da autonomia. Braz explica que o Eu consciente é determinado pelo **inconsciente**, pelo Supereu e pela realidade externa. O Eu, assim, é um precipitado de

inúmeras identificações. De acordo com Ferraz (2009), o sujeito, na psicanálise, é fruto da incorporação parcial de 'outros' e, nesse sentido, acreditar na autonomia seria uma incongruência ou uma utopia, uma vez que o sujeito permanece mais comprometido com a heteronomia do que com a autonomia. Há uma desconformidade entre o Isso e o Eu, não há uma unidade no indivíduo que delibere ou legisle sozinha; ao contrário, são os conflitos e disputas entre as pulsões e o Eu que podem causar adoecimento.

Poli (2005) explica que Lacan foi um dos primeiros a indicar as bases históricas do pensamento freudiano, nomeando, assim, os fundamentos culturais do que identificou como resistência ao freudismo. Ele utilizará o termo 'alienação' para resgatar o sujeito freudiano da Psicologia e, ao mesmo tempo, reportá-lo à relação com a cultura. Poli (2005) ressalta, no entanto, que na fase final de Lacan, ele não mais fará referência a tal termo, nesse contexto, o emprego de 'separação' e 'exclusão' se tornarão mais habituais. Nos primeiros Seminários³ de Lacan (anteriores a 1968 ou até o Seminário XV), o termo alienação é aplicado para dar conta da relação especular do sujeito à imagem. Seja a do 'eu ideal', seja a do 'duplo rival'. Lacan salienta que o sujeito é alienado ao significante. O outro, ao qual o sujeito se aliena, não é somente o da imagem, ele é o Outro do simbólico. Para Freud, o outro (semelhante/rival) passa a contar apenas na introdução à fase fálica ou quando se refere aos fenômenos sociais, na análise do terceiro tipo de identificação. Mas, para Lacan, o outro (semelhante/rival) está como fundador da dimensão imaginária da alienação, havendo uma dualidade própria ao sujeito que estabelece, desde sua origem, a função de domínio e submissão de si mesmo. O Eu, para Lacan – explica Poli (2005) – é esse mestre que o sujeito encontra num outro. A consideração do outro como semelhante (potencialmente e fantasisticamente como duplo) é a condição necessária para o sujeito construir uma identidade entre o eu e o tu, que só é possível a partir de um princípio de equivalência.

Palombini (2007) alerta para que não se confunda o grande Outro com o pequeno outro, imaginário, das semelhanças, como espelho e rival. O grande Outro fala de um lugar anterior e exterior ao sujeito, é o que, naquilo que diz respeito ao fantasma e à pulsão, o determina.

³ Jacques-Alain Miller é o responsável pelo lançamento dos 26 volumes de O Seminário, referente aos seminários ministrados por Lacan em Paris, de 1953 a 1980. De todos somente 10 foram publicados oficialmente (Zahar, 2014).

O Outro remete ao campo do simbólico, como tesouro dos significantes que vão banhar o sujeito ao vir ao mundo. Apresenta-se, porém, encarnado, primordialmente, no outro materno. "A mãe empresta seus significantes para dar sentido ao ser do infante, o qual busca nisso decifrar o enigma do desejo do adulto, a quem se oferece como objeto" (Palombini, 2007, p. 140). No entanto, nessa operação, ainda resta algo de fora, inapreensível, para além do simbólico; isso que resiste à simbolização, é nomeado por Lacan de Real. Esse impossível de simbolizar "diz respeito à realidade na medida em que concerne a um encontro falhado com ela; é porque falha que isso não cessa de retornar ao mesmo lugar" (Palombini, 2007, p. 140). O real, nessa concepção, é mais que o que designa o objeto, mas também apreende a dimensão que resulta da falta do objeto. Palombini explica que não há distinção entre uma realidade 'interior' (a realidade psíquica do sujeito) e uma realidade 'exterior' (factual), mas antes entre uma realidade simbolizada e uma realidade real. O real que fora excluído do simbólico não desaparece totalmente, ele compõe o processo de subjetivação.

Palombini (2007) explica que, nessa operação, algo da ordem do inapreensível cai entre o sujeito e o Outro, constituindo, justamente, a parte do ser que é perdida na operação de alienação. É perdida por não se identificar com o sentido atribuído pelo desejo materno, e é nesse movimento que o corte, a separação são permitidos. É o furo a que Lacan denominará de objeto *a* causa do desejo. O sujeito se liga e ao mesmo tempo se separa do seu Outro, pelo que falta a ambos, não pelo que ambos provêm. O sujeito é um efeito do discurso, diferente do sujeito jurídico ou psicológico de indivíduo. Ele é o que um significante representa para outro significante. Já o Outro é um lugar lógico em relação a esse sujeito. O sujeito resultante da relação com o significante duplo não é nem um nem outro; ele aparece na divisão, no corte entre os dois significantes. Então, a noção de sujeito, nessa acepção, distancia-se radicalmente da de pessoa, com a qual, no entanto, tendemos a confundi-la.

A experiência clínica psicanalítica, diz Poli (2006), reintroduz a relação sujeito-Outro, visando à cura pela via da transferência. Ter a transferência como operadora central dessa experiência implica situar e incluir a relação ao Outro e ao Real (o objeto da pulsão) sem pressupô-los de forma *apriorística*, como Poli entende que acontece na teoria kantiana.

Não há, diz a autora, para a psicanálise, um sujeito abstrato e universal que regule a epistemologia e a ética de sua prática. O desejo que estabelece a experiência – o desejo de desejo do analista – se dá sempre em transferência, isto é, na presença do sujeito e do Outro, no campo da fala e da linguagem.

Com base no entendimento psicanalítico sobre as determinações inconscientes, o valor da história, da cultura e das relações que movem e produzem significação do agir humano para além das demandas explicitadas conscientemente, Poli (2006) critica o conceito de autonomia como imposição de leis a si mesmo, forma como é entendida a autonomia genericamente, como apresentado em parágrafos precedentes.

Com exceção da psicanálise, pouco se vê dessas perspectivas aliadas à discussão no campo da saúde mental, oposto do que ocorre com a ética aplicada principialista, que marca presença na maior parte das referências encontradas sobre a autonomia nessa área citadas na introdução deste artigo.

Beauchamp e Childress (2002) se apoiam em Belmont Report, em David Ross e William Frankena para construção da ética aplicada (bioética) conhecida como principialismo⁴, a partir das teorias de moral comum, baseadas em princípios de natureza tanto teleológica⁵ como deontológica⁶ (Campi, 2004). De acordo com Pessini (2002), a reflexão ética principialista norte-americana surge da preocupação pública com as pesquisas em seres humanos. O principialismo, apresentado no livro *Princípios de Ética Biomédica*, publicado por Beauchamp e Childress, foi baseado nesse relatório e acrescentou, àqueles princípios, um quarto, a saber, o da não-maleficência, distinguindo assim beneficência e não-maleficência. Os quatro princípios autonomia, beneficência, não-maleficência e justiça são *prima fácies*, ou seja, não são absolutos, e partem dos pressupostos do consentimento informado, da liberdade de pensamentos, da não coação, da capacidade de escolha, da existência de opções, todos associados à dignidade humana.

⁴ Segundo Almeida e Schramm (1999), *principialism* normalmente é traduzido como principialismo, mas propõem que a tradução seja principialismo (com i), para evitar a derivação de principal e marcar a derivação de princípios (p. 22).

⁵ As teorias teleológicas sustentam que o bem é aquilo para o qual todas as nossas ações, escolhas, etc. tendem. Assim, uma teoria teleológica postula um fim, e as ações são ditas boas ou más na medida em que promovem ou não essa finalidade (Dall'Agno, 2004, p. 20).

⁶ Vide nota de rodapé n. 2.

Uma série de fatos histórico-culturais chamou a atenção para a ética aplicada. Em 1974, devido aos escândalos envolvendo experimentação com seres humanos, o governo norte-americano constituiu, via Congresso, a *Nation Commission for the Protection of Human Subjects of Biomedical and Behavioral Research* / Comissão Nacional para a Proteção dos Seres Humanos da Pesquisa Biomédica e Comportamental, com o objetivo de desenvolver um estudo capaz de identificar os princípios éticos básicos que deveriam nortear a experimentação com seres humanos nas ciências do comportamento e na biomedicina.

A Comissão publicou o *Belmont Report*, em 18 de abril de 1979 (Belmont, 1979), julgando oportuno nele divulgar recomendações a respeito de como enfocar e resolver os conflitos éticos levantados pelas ciências biomédicas (Pessini, 2012). Rocha (2008) menciona a apresentação de uma proposta, para orientar as pesquisas em seres humanos, diferente do que havia então. As pesquisas anteriores eram guiadas por códigos pouco operativos, referindo-se a situações particulares, sem possibilidade de aplicação posterior ou a casos complexos, o que gerava vários problemas e que puderam ser, em grande parte, resolvidos com a abordagem principialista (Pessini & Barchifontaine, 2012). O *Belmont Report* propunha um método baseado na aceitação de três princípios éticos mais globais – o respeito às pessoas, a beneficência e a justiça – que deveriam prover as bases e sobre elas formular, criticar e interpretar algumas regras específicas. A esses três princípios, somava-se a necessidade do consentimento pós-informação em respeito à autonomia dos sujeitos pesquisados (Belmont, 1979).

Dentre os quatro princípios, o que perseguimos é o de autonomia. Para Beauchamp (2007), 'autonomia' é um termo associado a várias ideias, como privacidade, voluntariedade, liberdade de escolha e aceitação da responsabilidade pelas escolhas feitas. Trata-se de respeitar a liberdade e a capacidade/qualidade do agente de tomar decisões, mediante sua capacidade de compreensão, raciocínio, deliberação, escolha independente, ação voluntária e a existência de opções. A ação autônoma precisa atender a condições indispensáveis: (a) intencionalidade – os atos são intencionais ou não-intencionais, não há graduação, não há atitude mais ou menos intencionada, ou são intencionadas ou não são; (b) entendimento – pode estar satisfeito em maior ou menor grau; (c) sem influências controladoras que determinem sua ação (com liberdade) – pode estar satisfeito em maior ou menor grau. Assim, as ações podem ter graus de

autonomia, em função dos diferentes graus de satisfação das suas duas últimas condições (Beauchamp & Childress, 2002). Almeida (1999) ressalta que o princípio de respeito à autonomia surgiu no bojo do processo de secularização das sociedades e está enraizado na tradição liberal ocidental.

Beauchamp e Childress (2002) consideram que, para uma ação ser considerada autônoma, exige-se apenas um grau substancial de entendimento e liberdade de alguma coerção, e não um entendimento pleno ou uma completa ausência de influência. Esperar por isso seria, de acordo com Campi (2004), ilusório, pois nenhum indivíduo é totalmente livre de influências e nem sempre detém toda a informação sobre a questão alvo da ação autônoma. De acordo com Muñoz e Fortes (1998), dizer que o homem não é um ser totalmente autônomo não necessariamente significa que sua vida esteja totalmente determinada por ações controladoras – emoções, fatores econômicos e sociais, influências religiosas, etc. Apesar de todos os condicionantes, o ser humano pode se mover dentro de uma margem própria de decisão e ação. Nas palavras de Beauchamp e Childress, “limitar a decisão dos pacientes ao ideal da decisão inteiramente autônoma priva esses atos de uma posição significativa no mundo prático, onde as ações das pessoas raramente – ou nunca – são completamente autônomas” (2002, p. 141).

O princípio de respeito à autonomia, para Beauchamp e Childress (2002), implica tratar as pessoas de forma a capacitá-las a agir autonomamente, embora esse princípio não determine por si mesmo o que uma pessoa deve ser livre para saber ou fazer, nem o que é uma justificativa válida para a restrição da autonomia. Assim, o respeito à autonomia obriga os profissionais a revelarem as informações, verificarem e assegurarem o esclarecimento e a voluntariedade, e encorajarem a tomada de decisão adequada. Os autores ressaltam, no entanto, que, apesar da amplitude das obrigações de respeito à autonomia, o princípio não é tão amplo a ponto de ser aplicado a pessoas não-autônomas, embora pessoas não-autônomas possam, por vezes, fazer escolhas autônomas. Eles citam, como exemplo, o caso de pacientes psiquiátricos internados e considerados incapazes de cuidar de si mesmos, declarados legalmente inaptos, mas que, ainda assim, podem ter capacidade para fazer escolhas autônomas, como definir preferências alimentares, recusar medicações, etc. O princípio não deve se aplicar a pessoas que não podem

agir de forma suficientemente autônoma (e que não podem se tornar autônomas), pois elas seriam imaturas, inaptas, ignorantes, coagidas ou exploradas. Crianças, indivíduos irracionalmente suicidas e dependentes de drogas são os exemplos citados.

Dentro do âmbito de discussão sobre a autonomia, um paradigma importante e que pretende assegurar o respeito à autonomia é o consentimento informado e expresso. Para Campi (2004), desde os julgamentos de Nuremberg, a questão da necessidade de se obter o consentimento da pessoa, antes de qualquer intervenção relevante, tornou-se importante não apenas para pesquisas científicas, mas também para o tratamento de enfermidades.

Segundo Beauchamp e Childress (2002), a capacidade para a decisão está intimamente ligada à decisão autônoma e às questões sobre a validade do consentimento. Por capacidade, entendem a habilidade para realizar uma tarefa, e essa habilidade deve ser compreendida como algo específico, não como algo global, ou seja, uma pessoa pode ser competente para realizar determinada tarefa e ser incompetente para outra, mas não podemos considerá-la, por isso, totalmente incompetente ou totalmente competente. Há que se analisar, especificamente, o caso que se apresenta em seu contexto psicológico, no nível de informações que lhes foram prestadas, no grau de importância da decisão a ser tomada, etc. Os critérios sobre a competência específica variam em cada contexto, já que dependem da tarefa a qual se referem.

Nas pesquisas biomédicas, a autonomia está associada à capacidade de cognição. Abreu, Forlenza e Barros (2005) interrelacionam a capacidade autônoma com capacidades ligadas, especialmente à memória de fixação e às funções executivas (formulação de objetivos e de conceitos, motivação, planejamento, autorregulação, insight, abstração, análise, manipulação de conhecimentos adquiridos e flexibilidade mental). Sob tal concepção, é possível avaliar a autonomia via escalas que indicam o comprometimento em cuidar de si e executar tarefas cotidianas. Trata-se, ponderam Borges, Mishima e McNamee (2008), de uma lógica que se apoderou do corpo humano, tomando-o como sua propriedade de entendimento e controle. Nessa perspectiva, a escolha autônoma se configura como a capacidade de compreender a melhor escolha dentre várias, sendo que a melhor está justificada dentro do arcabouço científico.

De acordo com Borges et al. (2008), no Brasil, após a implementação do Sistema Único de Saúde (SUS), a autonomia se destaca e coloca a importância da participação popular junto a propostas valorativas da coletividade e da interação pode indicar seu caráter normalizador e instrutivo, acerca de como deve ser a vida saudável ou a convivência adequada do usuário com a doença.

Na legislação que estabelece o SUS em 1990, a chamada Lei 8.080/90, não há uma definição precisa acerca do que se entende por autonomia no contexto SUS, embora se demarque claramente a “preservação da autonomia das pessoas na defesa de sua integridade física e moral”. Já a Lei 8.142/90, em que constam os artigos vetados na Lei 8.080, dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do SUS e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências, não havendo, no entanto, qualquer menção ao termo ‘autonomia’. Como salienta Ramos (2012), mesmo que se realizasse tal indicação, não se resolveria o problema acerca do sentido de autonomia nas políticas, pois essa noção surge como um efeito das práticas que podem atualizá-la. A ponderação de Ramos parece aproximar-se do que Tedesco (2012) chama de linguagem sustentada como uma prática discursiva, que se expõe como variação e assume a produção de diferença que interfere e transforma a realidade. Em outras palavras, as relações da subjetividade com a linguagem são encaradas aqui como pragmática política (que se dá na imbricação entre essas duas) e são, segundo a autora, agentes de produção e também produtos a um só tempo.

Mesmo uma ferramenta interventiva, potencialmente democrática e emancipadora como a educação em saúde, pode associar a autonomia à instrução, como um rol de atitudes de que o usuário deveria se apropriar. O problema dessa suposta autonomia, de caráter instrumental, segundo Borges et al. (2008), está na premissa de que o usuário, em sua realidade, precisa se apropriar de um conhecimento privilegiado – o técnico – e precisa ser ‘ensinado’ a ter autonomia em detrimento da construção da coletividade e do reconhecimento das subjetividades. A autonomia, nesses moldes, apresenta-se muito mais como uma concessão do que como um processo negociado e dialogado.

A autonomia, quando compreendida sob uma perspectiva individualista, criticam Borges et al. (2008), pode resultar na estigmatização da

pessoa, à medida que se considera a mente do indivíduo como lugar único na orientação da ação. Os comportamentos passam a ser compreendidos como decorrentes de um julgamento moral individual, e a responsabilidade recai unicamente sobre esse indivíduo, seja vangloriando-o ou culpabilizando-o.

É outra, porém, a concepção de autonomia, a partir do paradigma estético, que afirma a existência e o mundo como invenções permanentes (Debenetti & Fonseca, 2009), evidenciando um compromisso com a efetuação da vida que é também ético e político, de responsabilidade para com o constituído. Nessa perspectiva, autonomia e ética são exercícios constantes de reconhecimento da alteridade para além da tolerância, no desafio de conviver sem consenso redutor ao comum, mas com acordos possíveis e temporários (Rocha, 2006). Como experimentam Ratto et al. (2009), autonomia é inseparável de um processo de coprotagonismo entre quem cuida e quem é cuidado, de acolhimento da diferença e de resistência às totalizações mediante a experiência de habitar o coletivo.

Na teoria da biologia do conhecimento, de Maturana e Varela (2004), tem-se a noção de autonomia no sentido de autocriação e autopoiese, sendo o ser vivo o domínio por excelência da autonomia, já que sua existência se define e é construída a partir de atos pragmáticos. Gama (2010) reconstitui esse raciocínio, alegando que o centro da argumentação em *A Árvore do Conhecimento* (2004) é constituído por duas vertentes: (a) o conhecimento não é meramente o processamento de informações oriundas de um mundo anterior à experiência do sujeito que conhece, o qual se apropria dela para fragmentá-lo e explorá-lo; (b) os seres vivos são capazes de produzir seus próprios componentes ao interagir com o meio: vivem no conhecimento e se conhecem no viver.

Para atualizar nos seres humanos a dinâmica da autonomia, é preciso entender os humanos como parte do mundo, é preciso observar a si mesmo enquanto se observa o mundo. Esse passo é fundamental, pois permite compreender que entre ser humano e mundo não há hierarquia nem separação, mas sim cooperatividade. Maturana e Varela (2004) inferem que os seres vivos são autônomos quando considerados isoladamente, imaginando-os em bolhas. Todavia, quando se considera a relação com o meio, há que se admitir que eles dependem de recursos externos para viver. Nessa lógica, autonomia e dependência deixam de ser opo-

tos excludentes para serem complementares, de forma que uma constrói a outra numa dinâmica circular. Aqui se deflagram os seres vivos por sua organização autopoietica, ou seja, por sua capacidade de produzir de modo contínuo a si próprios. Nas palavras dos autores: “sua organização ser tal que seu único produto são eles mesmos, inexistindo separação entre produtor e produto. O ser e o fazer de uma unidade autopoietica são inseparáveis” (Maturana & Varela, 2004, p. 89). Segundo Gama (2010), é essa organização que permite mostrar como a autonomia se torna explícita na relação e especificação de si mesmo, presente na organização autopoietica.

Grande parte das discussões acerca da autonomia se pauta em contrastá-la com a heteronomia, quer dizer, contrapõe-se a esfera individual de impor leis a si mesmo (autodeterminação) à esfera social (determinações exteriores, interpessoais, culturais, sociais). Para escapar dessa dicotomia, Eirado e Passos (2004) recorrem ao conceito de autonomia de sistema de Varela, considerando o efeito de retroação da autonomia sobre si mesma. Isto é, ela engoliria a heteronomia tornando-a seu princípio, constituindo-se a sua possibilidade. Assim, “é preciso que se pense a autonomia não apenas como o ato de determinar-se a si mesmo, no sentido fraco, mas como o ato de criar-se a si mesmo, no sentido forte” (Eirado & Passos, 2004, p. 79). Os autores alertam, no entanto, que, para fazer o deslocamento de autodeterminação para autocriação, é preciso abandonar a dicotomia criador-criatura, pois eles “se entrelaçam formando um circuito, no qual se diferenciam sem, contudo, poderem se separar” (Eirado & Passos, 2004, p. 79). A dificuldade em pensar a autonomia reside, segundo eles, na “tentação sempre renovada de separar e opor radicalmente planos que, embora distintos, não podem ser concebidos um sem o outro e são inseparáveis” (Eirado & Passos, 2004, p. 79). Dito de outro modo, trata-se de considerar um deslocamento: ao invés da autonomia fixada na individualidade, propõe-se o seu entendimento em movimento.

A autonomia, na Política Nacional de Humanização (PNH) – orientada pelo paradigma ético-estético no fazer em saúde –, é alinhada ao conceito de cogestão ou gestão compartilhada, ao protagonismo, à corresponsabilidade e ao estabelecimento de vínculos solidários, à participação coletiva no processo de gestão e produção da saúde. É uma diretriz

que orienta a administração dos processos de trabalho em saúde, a partir da qual se “inclui o pensar e o fazer coletivo” (Ministério da Saúde, 2004). De acordo com Ramos (2012), a cogestão é um processo em que todos os envolvidos podem exercer protagonismo e criar possibilidades de escuta e acordos, numa estratégia privilegiada de ampliação da autonomia e construção do SUS como política pública de saúde. Ramos (2012) argumenta que a ausência de univocidade acerca do conceito de autonomia não é uma carência conceitual a ser suprida teoricamente e impressa à legislação, mas que as práticas de saúde que se referem à autonomia são construídas por aproximações e distanciamentos com outros conceitos e políticas, atualizando de modo singular um determinado sentido.

O uso do conceito de autonomia na Gestão Autônoma da Medicação (GAM)

Este artigo se utiliza das experiências oriundas do processo da pesquisa GAM entre os anos de 2009 e 2014, das quais participamos como pesquisadoras acadêmicas, com campo da pesquisa para problematizar a autonomia em saúde mental. Dessa forma, apresentamos a seguir o nosso campo de pesquisa (o projeto multicêntrica GAM, seus objetivos e resultados) para então pensar a partir dele a autonomia em saúde mental. A GAM é, de acordo com Passos, Palombini, e Campos (2013), um grupo de pesquisa multicêntrico desenvolvido em parceria entre o Brasil (Universidade de Campinas - Unicamp, Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS), Universidade Federal Fluminense (UFF) e Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ) e Canadá (Universidade de Montreal). Além da associação de usuários de serviços de saúde mental de ambos os países, no Brasil estiveram presentes trabalhadores e usuários de CAPS de Campinas (SP), Rio de Janeiro e São Pedro da Aldeia (RJ), Novo Hamburgo (RS), São Leopoldo (RS) e Porto Alegre (RS).

O projeto foi financiado pela Aliança de Pesquisas Universidades-Comunidades Internacional – Saúde Mental e Cidadania (ARUCI-SMC) e tinha como propósito aliar universidades e comunidades na produção de dados referentes à experiência da medicação, saúde mental, cidadania, autonomia. Sua metodologia foi centrada na participação ativa de todos os atores envolvidos, prevendo a participação dos usuários de saúde men-

tal em todas as suas instâncias de decisão, desde o planejamento, execução e avaliação de seus processos.

Consoante a essa proposta, a gestão dos projetos brasileiros se realizou por meio de reuniões multicêntricas, que contam com a participação de docentes e discentes universitários, gestores e trabalhadores de serviços de saúde, além de usuários e familiares representantes dos locais nos quais tais experiências são desenvolvidas. Além das reuniões multicêntricas, compunham as instâncias de decisão o Comitê Cidadão, do qual participam usuários e familiares (esses últimos sem direito a vot) e o Comitê Gestor, formado pelos pesquisadores coordenadores do projeto em cada universidade brasileira e por representantes dos segmentos de trabalhadores, de usuários e de familiares. Assim, todos os envolvidos no processo foram considerados pesquisadores (Passos, Palombini, & Campos, 2013).

A Gestão Autônoma da Medicação (GAM) pode ser entendida por três ênfases: como estratégia, como pesquisa e como grupos interventivos com uso de Guias GAM (Guia GAM-BR). Entende-se como estratégia a sua dimensão mais ampla, que engloba uma metodologia participativa tanto em âmbito acadêmico quanto comunitário do processo de pesquisar, intervir junto aos serviços de saúde mental, produzir materiais específicos, pensar o uso desses materiais e suas reverberações (Passos, Palombini, & Campos, 2013).

Segundo Passos et al. (2013), a pesquisa multicêntrica possibilitou construir uma primeira versão do instrumento *Guia Brasileiro da Gestão Autônoma da Medicação* (Guia GAM-BR), a partir da tradução e adaptação do guia criado pelos serviços alternativos e associação de usuários de saúde mental no Québec, Canadá. Voltado às pessoas com transtornos mentais graves, a utilização desse instrumento permitiu criar espaços de fala sobre a experiência de uso de psicofármacos, visando compartilhamento das decisões a esse respeito entre profissionais e usuários. A construção do Guia GAM brasileiro realizou-se em interlocução direta com gestores, trabalhadores, residentes, usuários e seus familiares e pesquisadores das quatro universidades brasileiras (UNICAMP, UFRGS, UFRJ, UFF), bem como trabalhadores e usuários de Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) de três cidades do Brasil: Campinas (SP), Rio de Janeiro (RJ), Novo Hamburgo (RS). A partir de 2011, a pesquisa seguiu em novos grupos de intervenção, junto aos serviços de saúde nos municípios de Novo Hamburgo, São Le-

opoldo e Porto Alegre (RS), em São Pedro da Aldeia (RJ) e em Campinas e Amparo (SP). No RS essa segunda etapa foi nomeada *Guia GAM como dispositivo de intervenção e formação em serviços de saúde mental*, sob coordenação de Palombini (UFRGS). A partir desses acompanhamentos, realizou-se a revisão final do Guia, também em encontros multicêntricos e com a participação de todos os segmentos implicados na pesquisa. Nessa revisão, aprimorou-se seu texto final, disponibilizado para uso público em versão on-line (http://www.fcm.unicamp.br/fcm/sites/default/files/guia_gam.pdf).

Para garantir os efeitos obtidos no processo de pesquisa, evitando que o Guia GAM-BR fosse utilizado de modo prescritivo, as equipes da pesquisa dos três estados envolvidos trabalharam, em encontros multicêntricos, com a participação de acadêmicos, usuários, familiares e trabalhadores, na construção do Guia do Moderador da GAM, disponível on-line (www.fcm.unicamp.br/.../guia_gam_moderador_-_versao_para_download_julho_2014.pdf), com orientações para o uso da ferramenta e os pressupostos que a sustentam. O Guia do Moderador apresenta a estratégia GAM, narra brevemente o processo de adaptação da experiência canadense para a brasileira e apresenta o Guia GAM-BR passo a passo, bem como algumas estratégias de manejo de grupo, narrativas de experiências (Gestão autônoma da medicação - Guia de apoio a moderadores, 2014).

O Guia GAM mostrou-se potente para instituir, nos serviços, espaços de fala a respeito da experiência de uso de psicofármacos, dando visibilidade à pluralidade de posições e escolhas em face da medicação; para chamar a atenção da equipe e dos gestores sobre a importância desse tema, cujo enfrentamento tem consequências não só clínicas, mas também éticas e políticas; para reafirmar os direitos em relação ao tratamento medicamentoso e a necessidade de compartilhar as decisões entre profissionais e usuários, trazendo o tema da autonomia, cidadania e cogestão à tona entre os usuários, suas famílias e equipes (Onocko-Campos et al., 2012).

O trabalho grupal com o Guia GAM “foi considerado dispositivo de base, a partir do qual a estratégia GAM pôde operar, levando a uma composição entre os saberes dos usuários, das equipes dos serviços e dos pesquisadores, numa gestão compartilhada do cuidado e da pesquisa” (Passos et al., no prelo). Considerou-se como pressuposto a ideia de que

“o tratamento em saúde mental é mais do que o uso de medicamentos, e que as pessoas são mais do que uma doença, não podendo ser reduzidas aos seus sintomas” (Onocko-Campos et al., 2012, p. 969).

Tendo essa pesquisa multicêntrica GAM (2009 – 2014) como dispositivo disparador, procuramos tensionar o modo de conceituar e operar a ‘autonomia’ no campo da saúde mental. O termo **autonomia**, com longa história filosófica, desdobra-se e assume conceituações e modos de exercícios diferentes ao longo da história ocidental.

A GAM pressupõe um sentido de autonomia em concordância com o contexto da RPB, fazendo referência à pluralidade de vínculos e redes de relações capazes de serem construídos (Passos et al., no prelo). A autonomia não está, portanto, centrada no indivíduo, mas pautada numa perspectiva coletiva de compartilhamento e negociação entre diferentes pontos de vista, com referência direta aos estudos de Kinoshita (2001). Assim, a operacionalização da GAM no Brasil partiu do entendimento ético-político das práticas de cogestão – compartilhamento e negociação entre diferentes – como possibilidade de democratizar a gestão dos serviços de saúde mental e pública.

Tensionamentos sobre os usos possíveis do conceito da autonomia na saúde mental

As diferentes utilizações do termo autonomia acabam por criar um paradoxo que surge como obstáculo às tentativas de definição desse conceito. No que se refere, especificamente, ao campo da saúde mental, alguns questionamentos se colocam como mais evidentes, ao dizerem respeito às possibilidades de promoção da autonomia: é possível dar autonomia a alguém? Isso não seria um paradoxo? A autonomia não se situa, por excelência, fora de uma lógica de instrumentalização? Não se aproxima de uma lógica de valores e de conquistas de sentidos (racionalidade crítica, estética, problematizadora)?

A discussão do termo ‘autonomia’ é pertinente para se considerar suas possibilidades de exercícios, na medida em que se entende a linguagem e a realidade em efeitos de reciprocidade. Tedesco (2012), com base na teoria de Austin, explica que, para acontecer a performatividade, há a

necessidade de especificações não linguísticas – condições de efetuação do ato, que parecem ser definidas no “exterior”, nas circunstâncias em que se profere o dito. A enunciação “declaro o réu culpado”, exemplifica Tedesco (2012), só tem peso jurídico se as circunstâncias empíricas lhe conferirem sentido (proferida por um juiz de direito durante sessão reconhecidamente jurídica). Ou seja, o sentido das enunciações depende do mundo empírico, dos fatores circunstanciais, da dimensão extralinguística. Assim, toda enunciação é performativa, e é a força performativa da linguagem e não sua competência representativa que está em jogo. Desse modo, o extralinguístico, na medida em que decide o sentido, passa também a compor a linguagem e, por isso, cabe-nos questionar não apenas **o que é**, mas **quando há** autonomia em saúde mental. Ou, ainda, sob quais condições e critérios são possíveis as **ações de autonomia**?

Tedesco (2012) traz uma imagem (não é referente ao tema da autonomia, mas sua forma parece utilizável nessa discussão) que nos ajuda a visualizar o campo problemático. Segundo essa imagem, a distinção entre o verde e o azul no plano contínuo das cores não é definitiva; porta uma região que não pertence inteiramente ao verde nem ao azul, embora também esteja em continuidade com os dois, algo de indeterminável, existente no limiar entre eles. O que nos interessa é apontar um pântano indeterminável que parece preceder a conceituação de autonomia; há que se afundar num terreno movediço que não se funda individualista, nem totalizante, nem absolutamente livre, nem determinado. Autonomia, olhando daqui, a distância e com pouca intimidade, parece ser possível de ser distinguida das ações coletivas, das dominações, do individualismo, muito embora não se consiga distingui-la claramente ou eliminar de sua descrição os coeficientes desses mecanismos. Uma tarefa comparável à do barão de Münchhausen, que tenta se salvar de um afogamento puxando os próprios cabelos. Comparável, não porque julgamos a tentativa inútil, mas porque ela exige implicação de quem a questiona; não é possível tensionar a autonomia do outro sem sentir em si as pressões impostas e decorrentes.

Para Kinoshita (2001), que se inspira na *A árvore do conhecimento* de Maturana e Varela (2004), autonomia é a capacidade do indivíduo de gerar normas para a própria vida a partir da ampliação de suas relações sociais. Considera-se como autônomo aquele que estabelece maior nú-

mero de relações em rede. Ao se compreender que sujeito e mundo se mantêm em relação de codependência, então a ampliação da autonomia consiste no aumento de inserção em relações sociais. O modo de entender de Kinoshita é também utilizado pela estratégia e pesquisa GAM, que se assenta na articulação entre a cogestão e a autocriação, conceitos decorrentes da saúde coletiva e da biologia do conhecimento, em perspectiva criativa, coletiva, compartilhada e negociada (Passos et al., no prelo).

Como resultado da problematização proposta neste artigo, podemos perceber que as discussões acerca da autonomia transfiguram a contraposição excludente e dicotômica entre autodeterminação e determinação exterior, deslocando-se para a possibilidade de autocriação da vida, inventada em relações plurais e cogestadas nas relações estabelecidas. Respalda-se, assim, a gestão compartilhada, o protagonismo, a corresponsabilidade, o estabelecimento de vínculos solidários e a participação coletiva no processo de gestão e produção da saúde. A partir da análise do processo de pesquisa da GAM, é possível afirmar que, nela, o conceito de autonomia se articula em diferentes frentes, como o agenciamento do comitê cidadão formado unicamente por usuários; o processo de pesquisar com usuários de saúde mental e não sobre eles, ou para eles; a compreensão da cogestão e corresponsabilidade no cuidado em saúde; a autonomia como potência em formar redes; a participação do usuário de psicofármacos na decisão e gestão de seu tratamento; a problematização da racionalidade manicomial que transpassou os muros hospitalares, entre outras.

Insistimos na explanação sobre a ética principialista, porque ela parece ser o modo hegemônico como temos lidado com a autonomia no contexto da saúde. O maior número das pesquisas centradas no conceito de autonomia se ampara no principialismo. Nessa racionalidade, de cunho positivista, a autonomia é definida pela qualidade do agente e pode ser exercida em graus diversos. A situação da autonomia em saúde mental, nessa perspectiva, não é complexa; há, a seu respeito, uma resposta evidente, que é a impossibilidade de sua existência descolada do que se julga normal.

As lutas por autonomia, segundo Branco (2008), são processos iniciados na subjetividade, mas que não se findam nela e não culminam no individualismo. “O processo de singularização somente tem sentido quando culmina na superação do individualismo pela nova aliança do indivíduo

com novas formas de vida e novos vínculos comunitários” (Branco, 2008). Parece-nos, então, que é possível pensar a autonomia deslocada da autossuficiência, mas em manifestação de práticas de liberdade que se fundam na criação de redes e laços afetivos, sociais e solidários. E se ampliam na construção da cidadania, da vida pública e política, possibilitando o empoderamento dos indivíduos. O que, no contexto da pesquisa GAM, parece acontecer quando os pesquisadores-usuários lutam por igualdades, afirmando suas diferenças, recusam as subjetividades impostas por práticas – morais, técnicas e científicas - divisórias, disciplinares, individualizantes, normalizantes, afirmando que são uma pessoa e não uma doença. A pesquisa multicêntrica GAM demonstrou-se potente como disparador de questionamentos acerca da autonomia em saúde mental.

Talvez, de maneira mais simplista, os músicos brasileiros Novos Baianos, na canção *O mistério do planeta* (Galvão & Moreira, 2012), tenham dado tropicalismo ao sentido das palavras de Kinoshita. Diz a canção: “vou sendo como posso/jogando meu corpo no mundo ... e pela lei natural dos encontros/eu deixo e recebo um tanto Mas ando e penso sempre com mais de um”. ‘Andar e pensar sempre com mais de um’ expressa a autonomia não como autossuficiência, mas como potência gerada de encontros, formadora de redes e constituinte de pontos de apoio.

Referências

- Abreu, I. D., Forlenza, O., & Barros, H. L. (2005). Demência de Alzheimer: correlação entre memória e autonomia. *Psiquiatria Clínica*, 32(3), 131-136.
- Almeida, J. L. T. (1999). Respeito à autonomia do paciente e consentimento livre e esclarecido: uma abordagem principialista da relação médico-paciente. Tese de Doutorado, Programa de Pós-graduação em Ciências da Saúde, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, RJ.
- Almeida, J. L. T. & Schramm, F. R. (1999). Transição paradigmática, metamorfose da ética médica e emergência da bioética. *Saúde Pública*, 15(Supl.1), 15-25.
- Aristóteles. (2011). *A política*. (N. S. Chaves, Trad.). Rio de Janeiro: Saraiva.
- Beauchamp, T. L. (2007). The ‘Four Principles’ Approach. In R. Gillon (Ed.), *Principles of health care ethics* (pp. 3-12). Chichester: John Wiley & Sons.
- Beauchamp, T. L. & Childress, J. F. (2002). *Princípios de ética biomédica* (L. Pudenzi, Trad., 4ª ed.). São Paulo: Loyola.

- Belmont, Report (1979). Acesso em 15 de dezembro, 2013, em <http://www.hhs.gov/ohrp/policy/belmont.html>.
- Borges, C. C., Mishima, S., & Mcnamee, S. (2008). Da autonomia à responsabilidade relacional: explorando novas inteligibilidades para as Práticas de Saúde. *Interinstitucional de Psicologia*, 1(1), 8-19.
- Branco, G. C. (2008). Estética da existência, resistência ao poder. *Exagium*, 1, 1-12.
- Braz, M. (1999). Autonomia: onde mora a vontade livre? In F. Carneiro (Ed.), *A moralidade dos atos científicos: questões emergentes dos comitês de ética em pesquisa* (pp. 7-52). Rio de Janeiro: Fiocruz.
- Campi, S. (2004). *O valor intrínseco da vida e a autonomia: reflexões sobre a eutanásia*. Dissertação de Mestrado, Programa de Pós-Graduação em Filosofia, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, SC.
- Dalbosco, C. A. (2005). Teoria social, antropologia filosófica e educação natural em Rousseau. In C. A. Dalbosco & H-G. Flickinger (Orgs.), *Educação e maioria: dimensões da racionalidade pedagógica* (pp. 70-103). São Paulo: Cortez; Passo Fundo: Ed. da Universidade de Passo Fundo.
- Dall'Agnol, D. (2004). *Bioética: princípios morais e aplicações*. Rio de Janeiro: DP&A.
- Debenetti, C. I. & Fonseca, T. M. G. (2009). O advir da criação na clínica. *Psico*, 40(2), 162-167.
- Eirado, A. & Passos, E. (2004). **A noção de autonomia e a dimensão do virtual**. *Psicologia Em Estudo*, 9(1), 77-85.
- Ferraz, F. C. (2009). A questão da autonomia e a bioética. *Bioética*, 9(1), 73-82
- Galvão, L. & Moreira, M. (2012). Mistério do planeta. In Álbum: *Acabou chorare*, Novos Baianos (Edição Comemorativa 40 anos). Rio de Janeiro: Som Livre. (Original gravado em 1972)
- Gama, B. C. (2010). Políticas do si mesmo - por uma autonomia enquanto função em tempos de biopoder. Dissertação de Mestrado, Programa de Pós-Graduação em Psicologia Social, Universidade Federal de Sergipe, Aracaju, SE.
- Giacóia, O. (2012). Nietzsche X Kant: uma disputa permanente a respeito de liberdade, autonomia e dever. Rio de Janeiro: Casa da Palavra; São Paulo: Casa do saber.
- Giacóia, O. (2013). Kant e Nietzsche e a autodeterminação como fundamento da autonomia. Entrevista. Revista do Instituto Humanitas Unisinos, 417. Acesso em 21 de julho, 2013, em http://www.ihuonline.unisinos.br/index.php?option=com_content&view=article&id=4944&secao=417.
- Lei n. 8.080, de 19 de setembro de 1990. (1990). Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes, e dá outras providências. Brasília, DF: Presidência da República. Acesso em 16 de maio, 2013, em http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8080.htm
- Lei n. 8.142, de 28 de dezembro de 1990. (1990). Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências. Brasília, DF: Presidência da República. Acesso em 09 de novembro, 2013, em http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8142.htm.
- Kant, I. (2005). *Crítica da razão pura*. São Paulo: Nova Cultural.
- Kant, I. (2011). *Fundamentos da metafísica dos costumes*. Coimbra: Edições 70.
- Kinoshita, R. T. (2001). O outro da reforma: contribuições da teoria da autopoiese para a problemática da cronicidade no contexto das reformas psiquiátricas. Tese de Doutorado, Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, Universidade Estadual de Campinas, Campinas, SP.
- Kirschbaum, D. I. R. & Paula, F. K. C. (2002). Contradições no discurso e na prática do trabalho de enfermagem nos serviços-dia de saúde mental. *Rev. Esc. Enferm. USP*, 36(2), 170-176.
- Maturana, H. R. & Varela, F. (2004). *A árvore do conhecimento: as bases biológicas do entendimento humano*. São Paulo: Palas Athena.
- Ministério da Saúde. (2004). *HumanizaSUS: acolhimento com avaliação e classificação de risco: um paradigma ético-estético no fazer em saúde*. Brasília, DF: Autor.
- Moll, M. F. & Saeki, T. (2009). A vida social de pessoas com diagnóstico de esquizofrenia, usuárias de um centro de atenção psicossocial. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*, 17(6), 995-1000.
- Moreira, L. H. O., Felipe, I. C. V., Goldstein, E. A., Brito, A. P. & Costa, L. M. G. (2008). A inclusão social\ do doente mental: contribuições para a enfermagem psiquiátrica. *Rev. Inclusão Social*, 3(1), 35-42
- Muñoz, D. R. & Fortes, P. A. C. (1998). O princípio da autonomia e o consentimento livre e esclarecido. In S. I. F. Costa, G. Oselka, & V. Garrafa (Coords.), *Iniciação à bioética* (pp. 53-70). Brasília, DF: Conselho Federal de Medicina.
- Nardi, H. & Silva, R. N. (2009). *Ética e subjetivação: as técnicas de si e os jogos de verdade contemporâneos*. In N. Guareschi & S. M. Hüning (Orgs.), *Foucault e Psicologia*. Porto Alegre: EdPUCRS.

- Nietzsche, F. (1999a). Genealogia da moral: uma polêmica. In *Obras incompletas* (R. R. Torres, Trad., Coleção: Os Pensadores, pp. 337-370). São Paulo: Nova Cultural.
- Nietzsche, F. (1999b). A gaia ciência. In *Obras incompletas*, (R. R. Torres, Trad., Coleção: Os Pensadores, pp. 171-208). São Paulo: Nova Cultural.
- Nietzsche, F. (1999c). Aurora. In *Obras incompletas* (R. R. Torres, Trad., Coleção: Os Pensadores, pp. 135-170). São Paulo: Nova Cultural.
- Onocko-Campos, R., Palombini, A. L., Silva, A. E., Passos, E., Leal, E. M., Serpa, O. D., Marques, C. C., & Gonçalves, L. L. M. (2012). Adaptação multicêntrica de um Guia para a Gestão Autônoma da medicação. *Interface: Comunicação, Saúde, Educação*, 16, 967-980.
- Onocko-Campos, R. et al. (2013). A gestão autônoma da medicação: uma intervenção analisadora de serviços em saúde mental. *Ciência & Saúde Coletiva*, 18(10), 2889-2898.
- Palombini, A. L. (2007). Vertigens de uma psicanálise a céu aberto: a cidade - contribuições do acompanhamento terapêutico à clínica na reforma psiquiátrica. Tese de Doutorado, Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, Universidade Estadual do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, RJ.
- Palombini, A. L., Campos, R. O., Silveira, M., Gonçalves, L. L. M., Zanchet, L., Xavier, M. A. Z. & Marques, C. C. (2013). Relações entre pesquisa e clínica em estudos em cogestão com usuários de saúde mental. *Ciência & Saúde Coletiva*, 18(10), 2899-2908
- Passos, E., Palombini, A. L., Campos, R. O., Rodrigues, S. E., Melo, J., Maggi, P. M., Marques, C. C., Zanchet, L., Cervo, M. R., & Emerich, E. (no prelo). Autonomia e cogestão na prática em saúde mental: o dispositivo da gestão autônoma da medicação (GAM). *Aletheia*.
- Passos, E., Palombini, A. L., & Campos, R. O. (2013). Estratégia cogestiva na pesquisa e na clínica em saúde mental. *Estudos Contemporâneos da Subjetividade*, 3(2), 4-17.
- Pessini, L. (2002). Introdução à edição brasileira. In T. L. Beauchamp & J. F. Childress (Orgs.), *Princípios de ética biomédica* (4ª ed., pp. 9-13). São Paulo: Loyola.
- Pessini, L. & Barchifontaine, C. P. (2012). Problemas atuais de bioética (10ª ed.). São Paulo: Loyola.
- Platão. (2012). *A República* (E. Bini, Trad., 2ª ed.). São Paulo: Edipro.
- Poli, M. C. (2005). Clínica da exclusão: a construção do fantasma e o sujeito adolescente. São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Poli, M. C. (2006). O sujeito na ciência: questões à bioética. *Psicologia & Sociedade*, 18(3), 7-15.
- Ramos, J. F. C. (2012). A autonomia como um problema: uma pesquisa a partir da realização do dispositivo GAM em um CAPS fluminense. Dissertação de Mestrado, Programa de Pós-Graduação em Psicologia, Universidade Federal Fluminense, Rio de Janeiro, RJ.
- Ratto, F., Rossi, A., Itaborahy, C., Medeiros, E., Coutinho, I., Menezes, L.F. et al. (2009). Supervisão em Grupo: autonomia e resistência do/no coletivo. In *Anais do XV Encontro Nacional da Associação Brasileira de Psicologia Social*. Maceió: Abrapso.
- Reegen, J. G. L. & Chaves, N. S. (2007). Santo Agostinho e Kant: um encontro de pensamentos na categoria da autonomia. *Rev. Agora*, 7 (1), 43-61.
- Rocha, M. L. (2006). Psicologia e as práticas institucionais: A pesquisa-intervenção em movimento. *PSICO*, 37(1), 169-174.
- Rocha, D. M. (2008). Bioética e o principialismo: um estudo a partir de Wittgenstein. Dissertação de Mestrado, Programa de Pós-Graduação em Filosofia, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, SC.
- Schramm, F. R. (1998). A autonomia difícil. *Bioética*, 6(1), 27-37.
- Segre, M., Silva, F. L., & Schramm, F. R. (1998). O contexto histórico, semântico e filosófico do princípio de autonomia. *Bioética*, 6(1), 15-23.
- Siqueira-Batista, R. & Schramm, F. R. (2008). A eutanásia e os paradoxos da autonomia. *Ciência & Saúde Coletiva*, 13(1), 95-102
- Silva, F. G. (2010). Liberdades em disputa: a reconstrução da autonomia privada na teoria crítica de Jurgen Habermas de Silva. Tese de Doutorado, Programa de Pós-Graduação em Filosofia, Universidade Estadual de Campinas, SP.
- Tedesco, S. H. (2012). Pensando a ética da clínica das drogas: linguagem, subjetivação e a experiência das drogas. Tese de Concurso para Professor Titular de Psicologia Social e Institucional, Departamento de Psicologia, Universidade Federal Fluminense, Rio de Janeiro, RJ.
- Trevisan, D. K. (2011). A metafísica dos costumes: a autonomia para o ser humano. Dissertação de Mestrado em Filosofia, Programa de Pós-Graduação em Filosofia, Universidade de São Paulo, SP.
- Valls, A. (2004). *Da ética à bioética*. Petrópolis, RJ: Vozes.
- Zahar (2014). Jacques Lacan. Acesso em 01 de novembro, 2014, em <http://www.zahar.com.br/autor/jacques-lacan>

Saúde, trabalho e integralidade no âmbito do SUS: cartografia e apoio institucional

Fabio Hebert da Silva, Roseni Pinheiro, Ruani de Oliveira Machado, Patrícia Henrique de Souza Durans, Betânia Belan da Silva, Renata Silva Alves, Jessyka Custódio da Silva Nobre, Matheus Neto Peixoto, Aline Monteiro de Almeida e Tairine Corrêa de Mendonça

Apresentação do problema

As análises apresentadas no XVII Encontro da ABRASCO estão articuladas aos trabalhos da pesquisa intitulada “Áreas Programáticas e direito à saúde: construção da integralidade no contexto do apoio institucional”¹ (realizado através da Carta-acordo OPAS BR/LOA/1200057.001), que visa produzir e sistematizar estudos sobre o Apoio Institucional e sua relação com a garantia do direito à saúde e o cuidado integral. Trata-se de um projeto de cooperação técnico-científica entre o Departamento de Ações Programáticas Estratégicas em Saúde do Ministério da Saúde (DA-PES/MS) e o Laboratório de Pesquisas sobre Práticas de Integralidade em Saúde, do Instituto de Medicina Social da Universidade do Estado do Rio de Janeiro (LAPPIS/IMS/UERJ), no período de agosto de 2012 a agosto de 2014². Além da articulação com projeto de pesquisa “Saúde e trabalho no âmbito do SUS: construção de redes de cuidado”, vinculado ao Departamento de Psicologia da Universidade Federal Fluminense/ Campos dos

¹ Pesquisa submetida à apreciação do CEP, parecer n. 227.446, na Plataforma Brasil. CONEP/CNS

² Foi realizado, de 12 a 14 de agosto de 2014 o Simpósio Final da Pesquisa “Áreas Programáticas e Direito à Saúde: construção da Integralidade no contexto do Apoio Institucional. Esse encontro objetivou o compartilhamento e a apresentação dos resultados da pesquisa, reunindo apoiadores, pesquisadores e interlocutores. Foi realizado, também, o lançamento de duas coletâneas, com os resultados da pesquisa e textos produzidos pelos próprios apoiadores das experiências acompanhadas e por alguns convidados que trabalham com a temática do Apoio Institucional (Ver referências – “Práticas de Apoio e a Integralidade no SUS: por uma estratégia de rede multicêntrica de pesquisa” e “Experienci(ações) e práticas de Apoio no SUS: Integralidade e Democracia Institucional”).

Goytacazes-RJ (projeto de inserção dos autores deste texto³), há também a participação de vários pesquisadores de diversas Instituições de Ensino e Serviços de Saúde, entre eles: Instituto de Saúde da Comunidade/UFF, Hospital Sofia Feldman, Departamento de Psicologia e o Programa de Pós-Graduação em Psicologia Institucional da Universidade Federal do Espírito Santo (UFES) e Departamento de Saúde Coletiva da Universidade de Brasília (UNB).

A pesquisa visou à sistematização de estudos sobre a atuação do apoiador institucional no desenvolvimento de políticas específicas no SUS, tendo em vista os desafios que a construção da Integralidade do cuidado e do direito à saúde colocam à gestão das políticas de saúde. Este texto abordará, dessa forma, partes desse processo de construção da pesquisa na articulação com as escolhas teórico-conceituais e percursos metodológicos.

É importante ressaltar que, desde agosto de 2012, realizou-se uma série de eventos de discussão e corresponsabilização pela construção da pesquisa, dentre eles: oficinas temático-metodológicas, encontros de validação dos instrumentos e ferramentas com apoiadores de todas as regiões do País, encontros macrorregionais para discussão do tema do apoio e áreas técnicas, Simpósio Nacional para lançamento da convocatória e da estratégia de mapeamento, Seminário Nacional abordando os temas Integralidade, Apoio Institucional e Direito à Saúde.

A Integralidade

Sob a coordenação da professora Roseni Pinheiro, o LAPPIS tem sido o principal espaço, na Saúde Coletiva, de fomento e discussão do tema da Integralidade e da garantia do Direito à Saúde. E um dos principais objetivos do Laboratório é, a partir dos desafios concretos experimentados pelos atores que constituem o Sistema Único de Saúde (SUS), “superar o desafio imposto pela fragmentação, dicotomização, incompreensão epistemológica, decorrentes do monismo conceitual e metodológico caracte-

³ É importante destacar que o Laboratório viabilizou para esse grupo, por meio da parceria, ao longo da realização da pesquisa, 11 bolsas de Iniciação Científica para os alunos do Curso de Psicologia e 01 bolsa para o pesquisador responsável pelo grupo, além de possibilitar a participação dos alunos de todas as etapas do trabalho de campo, das reuniões de planejamento, oficinas metodológicas e eventos da área.

rístico de certo modo hegemônico de produção do conhecimento, do qual a saúde não escapa” (Pinheiro, 2010, p. 19).

Entende-se que essas duas temáticas tratadas pelo LAPPIS (Integralidade e Direito à Saúde) possuem uma relação de indissociabilidade, pois, não basta que todos tenham acesso ao SUS, se suas demandas são vistas apenas como sintomas a serem tratados, embora o acesso e o tratamento dos sintomas sejam fundamentos indiscutíveis.

Os processos de produção de saúde e adoecimento falam, antes, do modo como as pessoas são inseridas nas formas de organização social, dos modos como se surge como sujeito nas relações e das possibilidades de avaliação dos efeitos das relações nas experiências de mundo. Tratar a Integralidade como princípio instiga-nos a pensar maneiras de efetivar formas de organização/funcionamento que articulem de modo integral a assistência (tratamento), a prevenção e a promoção. O tema da Integralidade em saúde, então, não é o tema do corpo fragmentado, nem da relação meramente técnica de um sintoma desencarnado. As produções do LAPPIS têm ajudado a pensar e agir no SUS pela perspectiva da Integralidade como esse valor fundamental e aliados a três questões (políticas e éticas) norteadoras: o acesso, as ofertas e o cuidado.

O referencial da Política Nacional de Humanização e o Apoio Institucional

Considera-se importante trazer alguns marcos conceituais da Política Nacional de Humanização do SUS (PNH), na sequência do texto, porque em certo sentido, tem sido a instância do Ministério da Saúde (MS) que há mais tempo se utiliza da noção de Apoio Institucional. Esse Apoio tem sido fundamental na implementação de atividades e estratégias de intervenção no âmbito do SUS, por parte do MS. A inserção de apoiadores institucionais vem acontecendo desde 2003, principalmente pela PNH, e, em menor proporção, pela Política Nacional de Educação Permanente em Saúde. Assim, o diálogo com a PNH é uma das principais forças quando tratamos da produção dos dados dessa pesquisa.

A PNH tem afirmado seus princípios e diretrizes em grande parte por meio do exercício do Apoio Institucional. Trata-se de dar destaque, a certo

modo de se produzir saúde em rede, com a potencialização da capacidade de criação que constitui o humano, valorizando sua autonomia numa configuração coletiva dos processos de atenção e gestão.

Há na PNH uma aposta na indissociabilidade entre os modos de produzir saúde e os modos de gerir os processos de trabalho, entre atenção e gestão, entre clínica e política, entre produção de saúde e produção de subjetividade. Tais apostas visam induzir inovações nas práticas de gestão e nas práticas de produção de saúde, colocando para os diferentes coletivos/equipes o desafio de superar limites e experimentar novas formas de organização dos serviços e novos modos de produção. Trata-se de uma política transversal que indica a inseparabilidade entre gestão e atenção, entendendo que a gestão dos processos de trabalho em saúde não pode ser entendida como tarefa administrativa separada das práticas de cuidado (Ministério da Saúde, 2008).

O Apoio Institucional praticado pela PNH aponta para um compromisso ético-estético-político. Ético, porque implica mudança nos modos de relação entre os usuários, os gestores e os trabalhadores, de forma a corresponsabilizá-los pela qualidade dos serviços oferecidos; estético, por se tratar do processo de produção/criação da saúde e de subjetividades autônomas e protagonistas, ou seja, produção de uma sensibilidade para questões que tradicionalmente têm ficado invisibilizadas nas práticas de saúde; e político, porque diz respeito à organização institucional das práticas de atenção e gestão na rede do SUS e do estabelecimento de outros tipos de relação. Esse compromisso (ou a preocupação em transmutar esses princípios em modos concretos de organizar os processos de trabalho e em ampliação da democracia institucional) pôde ser visto nas experiências acompanhadas pelos pesquisadores.

O apoio institucional, nesse sentido, procura trabalhar a relação entre os objetivos institucionais e os saberes e interesses dos trabalhadores, o que pressupõe uma articulação dos interesses dos grupos apoiados com as diretrizes definidas nas instâncias superiores. Planejam-se, assim, a avaliação e análise do contexto externo, o debate de pontos específicos como “diretivas organizacionais e orçamentárias, diretrizes políticas, programas, indicadores de avaliação e, particularmente, a reflexão sobre interesses e necessidades do público externo à Organização” (Campos, 2000, p.187).

Entende-se que a construção de diferentes formas de mediação em redes e apostas políticas é uma dimensão central na atividade de Apoio Institucional. Seus objetivos requerem relações entre políticas públicas, trabalhadores, usuários e grupos sociais, setores institucionais, conhecimentos, projetos e interesses. Nessa apreensão, a atuação do apoiador institucional é orientada para o encontro entre ação política, gestão das organizações e análise dos processos subjetivos. Parte-se da compreensão de que produção de bens e serviços, constituição dos sujeitos e aprendizagem ocorrem simultaneamente, resultando na manutenção ou intervenção em lógicas e estruturas do trabalho em saúde.

Com o crescente investimento nesse tipo de estratégia, torna-se fundamental conhecer as experiências de apoio institucional no cotidiano dos serviços de saúde e sua relação, tanto com os princípios e diretrizes do SUS, quanto com a promoção de uma maior transversalidade entre as áreas programáticas e estratégicas na elaboração de ofertas às demandas específicas por cuidado em saúde. E, mais uma vez, o importante aqui é que essa transversalidade promova e seja expressão de uma saúde que só pode acontecer em rede.

As principais referências conceituais na pesquisa foram as contribuições do professor Gastão Wagner Campos (2000; 2005) e o conjunto de formulações e experiências expressas pela Política Nacional de Humanização (PNH) do SUS. E, ainda que se tome como referência para fundamentação tal material, tratar do tema do Apoio é ainda um desafio bastante complexo, pois consiste em abordar uma multiplicidade de sentidos acerca das práticas. Há todo um processo de invenção de estratégias para lidar com as questões do território, sempre singulares. Isso, seguramente, traz repercussões epistemológicas sobre o tema das metodologias de pesquisa em saúde.

A pesquisa não trata de uma avaliação do Apoio Institucional, mas de um exercício de pensamento e a produção de conhecimento, em que o sentido está nos modos como as experiências de Apoio, de fato e não de direito, têm possibilitado a efetivação das práticas de integralidade, ampliação da democracia institucional e a garantia do direito à saúde. Tampouco não se trata de uma pesquisa comparativa, para fazer ao final as experiências de apoio “cabem” dentro de uma escala hierárquica de “mais ou menos sucesso”, mas de entender como o SUS tem sido inventado cotidianamente, para dar conta de suas questões concretas.

Estratégias metodológicas

A partir dessas diretrizes, iniciaram-se em agosto de 2012, as atividades relacionadas à pesquisa, e já, de início, é importante apontar que se trata de uma metodologia coparticipativa. Havia também, como parte da encomenda para os pesquisadores, a ideia de que se pudesse mapear, pelo menos parte dos apoiadores formados desde 2003, quando se inicia o investimento por parte do MS nesse tipo de estratégia de trabalho em saúde.

Somando-se a ideia desse mapeamento, existe a demanda para um acompanhamento mais próximo do cotidiano de trabalho do apoiador institucional – como tem lidado com os desafios que se apresentam em sua atividade de trabalho e como esses desafios têm sido enfrentados considerando-se as especificidades de cada território. Enfim, há uma demanda para o acompanhamento intensivo das experiências de apoio, ao mesmo tempo em que outra, de caráter mais extensivista, para o mapeamento de parte desses apoiadores no território nacional. Isso para se ter, por um lado, uma “noção” do tamanho e da distribuição dos apoiadores no Brasil; e, por outro, para se refletir, junto aos apoiadores e junto ao próprio MS, como esse Apoio tem acontecido no cotidiano das instituições.

A partir de encontros sistemáticos com apoiadores institucionais de vários lugares do Brasil, que realizam suas atividades unicamente no SUS, e com gestores de áreas técnicas do DAPES, foram propostas duas grandes estratégias metodológicas: um questionário *online*, para o mapeamento de algumas questões referentes ao apoio e ao trabalho do apoiador, e uma convocatória para relato de experiências de apoio institucional, para que se pudessem acompanhar os desdobramentos do apoio de modo mais intensivo. As estratégias serão detalhadas a seguir.

Mapeamento dos apoiadores no território nacional

Esse primeiro eixo metodológico visou realizar o mapeamento da distribuição dos apoiadores no território nacional, seus itinerários formativos, objetos e metodologias de trabalho, bem como produzir um plano de visibilidade para o Apoio Institucional no Brasil. Tratou-se de um convite aos trabalhadores do SUS, que realizam atividades de apoio, mobili-

zação, articulação, interlocução e mediação no âmbito do SUS, para compartilhar algumas perspectivas acerca de sua experiência com outros trabalhadores e outras instituições, mediante um questionário eletrônico. Assim, a população da pesquisa foi constituída por trabalhadores que se reconhecem no exercício do apoio, ou que se autodenominam apoiadores e que atuam no SUS (Robaina, Pinheiro, Silva, & Lopes, 2014).

Esse primeiro eixo metodológico foi idealizado como modo de aproximação de um desenho mais amplo das questões apontadas pelos trabalhadores, como questões pertinentes em relação ao exercício do apoio no Brasil. Utilizou-se um questionário eletrônico, de preenchimento online e individual, por todos aqueles que se reconhecem em uma relação direta com o apoio em seu fazer cotidiano, inclusive aqueles autodenominados apoiadores.

Foi utilizado o programa estatístico Stata 9.0 para organizar e ajudar na análise dos dados. Em primeiro lugar, realizou-se uma descrição geral dos resultados, por meio de análises univariadas, seguida de uma análise da distribuição de frequências para cada variável. Num segundo momento, foram efetuadas algumas análises bivariadas para as variáveis consideradas interessantes e estratégicas pelo grupo de pesquisa (Robaina et al., 2014). O questionário foi finalizado por 550 sujeitos, e os resultados e discussões foram publicados de forma detalhada e na íntegra em uma coletânea lançada em agosto de 2014 (Pinheiro, Lopes, Silva, F., & Silva, A. G., 2014). Nas discussões e apontamentos que cabem neste texto, destacam-se as diretrizes e questões norteadoras, bem como alguns apontamentos sobre a estrutura do questionário.

O questionário está dividido em três blocos: o primeiro trata de questões mais próximas de uma caracterização de quem é esse apoiador, quais os vínculos profissionais, formações e cursos, e mais detalhadamente sobre os itinerários tanto formativos quanto laborais; o segundo bloco trata de uma formação mais específica na relação com o Apoio – formação/capacitação para o Apoio, quantidade de horas para formação, temas recorrentes nessas formações; o terceiro e último bloco trata de uma relação mais direta entre a atividade de Apoio e a integralidade como garantia dos direitos à saúde, como instituições que demandam e ofertam Apoio, tipos de Apoio, vinculação com áreas programáticas e redes temáticas do MS, efeitos concretos desse Apoio e, por fim, relação entre apoio e mídia.

Eis algumas das questões norteadoras que orientaram a construção do questionário: Quem são os apoiadores? Quais são os itinerários formativos? Quais são as principais ferramentas utilizadas pelos apoiadores? Podemos pensar o apoio hoje como dispositivo de produção de solidariedade, democracia institucional e garantia do direito à saúde? E todas essas questões a partir de que paisagem de desafios? As questões precisavam fazer sentido para trabalhadores, gestores e usuários, precisavam expressar e compor um foco sobre certas recorrências nas práticas de Apoio e algum grau de convergência de entendimentos em torno delas; e, ao mesmo tempo, deveriam possuir um bom grau de abertura tanto para não inibir a participação dos trabalhadores, quanto para que, em espaços coletivos, pudessem ser ferramentas ou conjunto de diretrizes para análises coletivas e situadas dos processos de trabalho no SUS.

A partir dessas indicações, pode-se colocar o sentido desse questionário também como de servir ou funcionar como dispositivo, disparando discussões e compartilhamentos de experiências sobre os modos coletivos de se inventar o SUS por meio do Apoio. Desse modo, para funcionar como dispositivo, o trato com os instrumentos e tecnologias precisa ajudar no acesso às questões concretas dos processos e desafios dos coletivos que constituem o SUS.

Desde 2003, quando o MS inclui em sua pauta (inicialmente através da PNH e atualmente também mediante as redes temáticas) a discussão do apoio como estratégia de ação, tem-se ao mesmo tempo a produção de demanda dos serviços, nos estados e municípios, por esse Apoio. Por outro lado, a partir do momento em que o MS investe no Apoio, induz que estados e municípios também trabalhem na perspectiva do Apoio, mesmo que exista nesse contexto inúmeros entendimentos e práticas de Apoio. Cria-se tanto uma demanda direta por apoio, para se trabalhar com essas redes temáticas e prioritárias em saúde (como Rede Cegonha, Rede de Urgência e Emergência, entre outras), quanto uma demanda indireta, produzida na mesma medida em que o tema do apoio ganha contornos mais nítidos e maior importância no âmbito do SUS. Assim, as questões que compõem a estratégia metodológica do mapeamento são pensadas nesse contexto: há trabalhadores que se autodenominam apoiadores sem terem passado pelos cursos oferecidos pelo MS ou gestões estaduais ou municipais? Quem nunca participou de curso é considerado apoiador? O

que tem feito e quais têm sido seus objetos de trabalho? Que saberes têm se articulado ao cotidiano das práticas de apoio? Para esse trabalhador que se reconhece como apoiador, como tem articulado suas práticas às agendas propostas pelo MS? A prática cotidiana do apoio, articulada ou não às agendas propostas pelo MS, ajuda a viabilizar a integralidade e a garantia do direito à saúde?

A convocatória para relato de experiências de apoio institucional

A estratégia da convocatória para relato de experiências de apoio institucional foi lançada em um Simpósio, realizado na UERJ, em 26 e 27 de março de 2013, e visou mobilizar experiências de apoio institucional voltadas à melhoria dos processos de gestão, inclusão dos atores, processos de trabalho e formação. Buscou-se produzir um entendimento mais ampliado das trajetórias e materialidade das experiências de apoio, incluindo usuários, gestores, trabalhadores e suas práticas, na interface com o direito à saúde, integralidade, formação, gestão dos processos de trabalho, redes sociais de cuidado, redes de atenção à saúde e ampliação da democracia institucional. O acompanhamento de perto do cotidiano das instituições permite pensar, junto aos apoiadores institucionais e junto ao DAPES/MS, como o apoio tem acontecido no cotidiano das instituições e seus principais efeitos e repercussões.

As experiências acompanhadas foram: (a) Araguaína/TO, experiência de apoio institucional no Hospital Regional de Araguaína; (b) Vitória/ES, apoio institucional no município de Vitória; (c) Oficinas no Hospital Giselda Trigueiro (Natal/RN) na RAPS: Apoio para Clínica Ampliada em rede integrada; (d) A vivência do Apoio Institucional na Secretaria Municipal de Saúde de Rio Branco – Acre; (e) Apoio para formação de redes de saúde em Palmeira das Missões e na 15ª Coordenadoria Regional de Saúde/RS; (f) Entre o real e o possível: tecendo a RAPS que desejamos a partir da saúde mental que temos (Araraquara/SP); (g) Programa: “acolhimento, vínculo e responsabilização” (Fortaleza/CE); (h) O Apoio como estratégia de coletivos de trabalho (Cariacica/ES); (i) Projeto Apoiadores Regionais - COSEMS RJ - apoio institucional às gestões municipais de saúde do Estado do Rio de Janeiro; (j) A vivência multiprofissional relacionada a um grupo de trabalho em saúde no município de Santa Maria-RS; Apoio em Santa Maria/RS: formação de redes produtoras de saúde após o desastre

da Boate Kiss; O Apoio Institucional e a implantação do CAPS AD Cia do Recomeço; (k) Apoio em rede virtual: a Rede Humaniza SUS conectando possibilidades; (l) Hospital Sofia Feldman, atenção à saúde da gestante privada de liberdade.

Durante o planejamento para as visitas às experiências, foram realizados diversos encontros, com gestores, usuários e trabalhadores-apoiadores, para construção de uma matriz analítica que possibilitasse a definição de eixos transversais às práticas de apoio acompanhadas. Assim, também a convocatória se constitui a partir das discussões e debates realizados nos espaços coletivos da pesquisa. Desse processo, dois eixos se apresentaram como fundamentais: **a integração da rede de gestão e de serviços de saúde** e **a integração dos saberes e práticas**. Esses dois eixos passaram a agregar então, a partir dos encontros de planejamento, blocos de questões conceituais e práticas consideradas relevantes para o exercício e os processos de formação do apoio, bem como referenciais para o trabalho de campo. A matriz construída a partir desses dois eixos foi fundamental para se refletir sobre as ferramentas utilizadas na produção dos dados da pesquisa.

Em todas as experiências, os pesquisadores participaram de atividades institucionais, como reuniões de colegiado gestor, grupo de trabalho, fóruns, roda de conversa, reuniões ampliadas com usuários, encontros com movimentos sociais, trabalhadores, gestores, professores e alunos de universidades. Também foram utilizadas análise documental de atas de colegiados e reuniões de equipe, material formativo de apoiadores, projetos, entrevistas semiestruturadas, conversas informais, observação participante e grupos focais. Foram abordados diretores de hospitais, unidades básicas de saúde, CAPS, unidade prisional, integrantes de colegiados gestores, grupos de humanização e de apoiadores, conselhos locais de saúde, trabalhadores, estudantes e usuários de movimentos sociais de diferentes inserções, conforme as experiências vivenciadas. Outro produto-ferramenta das visitas às experiências é a produção de um documentário sobre o apoio vivido nos coletivos acompanhados⁴. Também é importante marcar a participação, em todas as etapas da pesquisa (incluindo as visitas a campo), de alunos de graduação do curso de Psicologia, da UFF (Polo Universitário de Campos dos Goytacazes). Além disso, os alunos também tiveram seus

⁴ Previsão de lançamento: novembro de 2014.

textos publicados no segundo volume da coletânea, com os demais textos produzidos pelos apoiadores (Pinheiro et al., 2014a). Trata-se de uma preocupação do LAPPIS e seus pesquisadores com os processos de formação no campo da Saúde Coletiva e na própria construção do SUS.

Sistematizações e análises do acompanhamento das experiências de apoio

As práticas de Apoio aparecem quando se pensa na matriz analítica como expressão de processos inventivos dos coletivos acompanhados, sempre na articulação com um território vivo. Não sem dificuldades, o apoio viabiliza de certo modo as discussões sobre o modo de fazer dos coletivos. Assim, torna-se importante ressaltar que, em todos os coletivos acompanhados, a relação com os pesquisadores mostrou-se uma potente oportunidade de experimentação de análises coletivas dos processos de trabalho. Quando se chega ao território para viabilizar o trabalho de campo e os apoiadores se colocam no lugar daquele que deseja compartilhar o modo como percebem seu próprio trabalho, algo muda. Os apoiadores se dão conta de alguns modos de funcionamento que por ora passavam despercebidos. A pesquisa como dispositivo proporcionou possibilidades de reflexão sobre os efeitos do próprio trabalho no cotidiano do SUS.

Assim, como pontos fundamentais no processo de análise, estão colocadas duas questões: em primeiro lugar, a relação entre produção de saúde e organização dos processos de trabalho considerada na prática do apoio institucional, em parte compondo outro modo de gestão no SUS e em parte, como um trabalho a mais (além de realizar as atividades ligadas a uma gestão fragmentada dos processos de trabalho, somam-se as atividades “ditas” de apoio). E em segundo, mas não menos importante, a relação que tem se atualizado nas práticas cotidianas, no sentido de um cuidado integral e da garantia do direito à saúde.

Em campo, pode-se ver o apoiador se formando enquanto faz apoio, e mais uma vez, não sem dificuldades. As referências conceituais-metodológicas utilizadas pela PNH apontam também para esse trabalho, que só existe em uma dimensão processual e formadora de si e do mundo. O processo de trabalho que se atualiza nas práticas do apoio institucional está (ou precisa estar, segundo os apoiadores) sempre articulado ao coti-

diano (com suas invenções e mazelas) dos mundos do trabalho em saúde (Ministério da Saúde, 2011). O apoiador é aquele que faz o investimento na formação de coletivos autônomos, que tomem para si o protagonismo das discussões acerca dos processos e efeitos da gestão do trabalho e a relação com a produção de saúde.

Em certo sentido, o percurso da pesquisa procurou evitar tanto o perigo dos “modelos”, quanto as “inconsequências” do espontaneísmo, percurso que teve como maior desafio, a tarefa sem tréguas de dar visibilidade ao exercício da coconstrução, em um cenário fortemente fragmentador. Atuar nessa direção é transformar o próprio exercício em ferramentas e estratégias, para a experimentação de outros modos de trabalhar no SUS menos imobilizantes e privatizantes.

A partir desses entendimentos, tentou-se circunscrever as análises e estratégias de pesquisa no contexto do Apoio Institucional. E para tornar essa reflexão encarnada, foi necessária uma aposta não só na metodologia e nos princípios, mas em uma “habilidade” em estabelecer um diálogo ampliado com a história e a vida dos apoiadores. Contudo, se essa história for entendida como uma representação de sucessivos acontecimentos independentes, torna-se história dessa ou daquela instituição, e principalmente, descontextualizada dos arranjos e desarrajos atualizados no cotidiano do SUS, o que se configura como uma grande armadilha. Trata-se, ao contrário, de uma história viva que ganha contornos “imprecisos” nas invenções, nos problemas e estratégias compartilhadas pelos apoiadores, e que se aproxima enormemente de uma geografia, pois também é um caminho cartográfico a compor paisagens com vales e montanhas, alturas e profundidades (Deleuze, 1988; Passos, Kastrup, & Escóssia, 2009; Rolnik, 1989). Este é o norte: história das relações.

As reivindicações específicas, os problemas de um serviço ou de uma comunidade são de suma importância para qualquer tipo de ação/intervenção, mas o problema se localiza também, e principalmente, na esfera da articulação entre certas demandas do território e certas ofertas das políticas de saúde, sempre na indissociabilidade entre o político e as experiências singulares, ou melhor, na forma como se estabelece a relação com os outros e com o mundo.

Comumente, os trabalhadores participam de “cursos” que lhes são oferecidos, visando a um plano de qualificação que se estrutura, de modo

a permitir a “absorção de uma maior quantidade de informação possível”; Uma vez proprietário desse material, torna-se única e exclusivamente “o responsável” por aplicar tal conhecimento à solução de problemas (previamente catalogados). Por essa perspectiva, a vida e o próprio trabalho no SUS terminam por se resumir a uma formatação endurecida e a um mero depósito de conhecimentos e técnicas pedagógicas, psicológicas, médicas, etc. Vale-se mais, à medida que se armazenam mais informações.

Nietzsche (2003) é enfático ao afirmar que a história que promove o expandir da vida, ou que guia por um caminho ético, é a mesma que se afasta de ser aprisionada por interesses, poderes, “politicagens” e verdades. A história é história de vidas, de erros, de tropeços, de afetos, de disputas e compartilhamentos.

Negri (2001) afirma que, compondo a “riqueza social” há trabalho demais, pois todos trabalham e contribuem de alguma forma para a construção da realidade. E, se a realidade é colocada por esse viés teórico/prático como uma construção coletiva, “o respeito à autonomia e à dignidade de cada um é um imperativo ético e não um favor que podemos ou não conceder uns aos outros” (Freire, 1996, p. 66). O saber, construído “na” e “pela” prática do apoio, como alternativa para as inviabilidades prescritivas, é considerado o ponto central nas perspectivas de análise e sistematização dessas experiências. Deparamo-nos, por exemplo, com questões como, “faço apoio temático ou apoio institucional?”, “apoia-se a gestão ou a formação de coletivos?”. Há respostas para essas questões, ou sua potência está justamente na possibilidade de continuação e efetivação de uma aposta na ampliação da garantia do direito à saúde e de um cuidado integral?

O problema, pelo menos a princípio, parece ser entender como o trabalho/ação do apoio, suas práticas discursivas e estratégias se colocam num contexto onde os direcionamentos políticos adotados, tentam minar as possibilidades de criação/efetivação de um projeto democrático e público para a saúde.

Considerações finais

Mediante as estratégias criadas nessa pesquisa, reafirmamos os princípios éticos que sustentam o próprio entendimento e valor das prá-

ticas de cuidado em saúde. Entende-se que há nesses princípios uma dimensão do cuidado e uma perspectiva de avaliação dos efeitos das práticas enquanto se pratica. Esse cuidado implica uma atenção aos modos como se têm estabelecido relações dentro do SUS e como se tem surgido como trabalhadores, usuários e gestores.

Como elementos importantes nesse acompanhamento dos processos do Apoio Institucional, ressaltam-se os efeitos e as relações dos modos de organização dos processos de trabalho no SUS (que têm o apoio institucional como referência) e dos processos de produção de subjetividade. É importante, na finalização do texto, indicar alguns eixos comuns às experiências, considerando sempre a singularidade de cada coletivo: a construção de processos transversais às diferentes políticas específicas do Ministério da Saúde; a noção de transversalidade, como ampliação do grau de comunicação (inter e intra) institucional; a construção de estratégias de coparticipação; a preocupação com os processos de formação; a experimentação de espaço para as análises coletivas dos processos de trabalho; a tentativa de disparar mudanças nos modos de gestão e cuidado no SUS. Outro ponto chama a atenção: a relação em algum grau de todas as experiências com a Política Nacional de Humanização do SUS.

As visitas a campo tornaram-se oportunidades de experimentar uma dupla dimensão formativa: processos de formação do apoiador em situação de trabalho e processos de formação dos próprios pesquisadores ao realizar a atividade de pesquisa. Ao mesmo tempo, os alunos do curso de Psicologia que participaram das visitas indicam um processo riquíssimo de transformação e mesmo de produção de outros sentidos para o SUS. Apontam também para a importância das discussões sobre as temáticas propostas no âmbito da experimentação do Apoio Institucional e ao mesmo tempo constataam certa distância entre o currículo formal do curso de Psicologia e os desafios concretos do SUS.

Foi possível ver, em alguns territórios e instituições, o Apoio servindo de direção para uma efetiva qualificação da capacidade de gestão por parte das secretarias, inclusive com participação contínua e lateralizada do próprio secretário de saúde ou diretor de hospital nas rodas e colegiados gestores. Tem-se nesses casos, uma produção que considera os indicadores sanitários clássicos em saúde, mas também agregam ao funcionamento da rede de atenção à saúde indicadores de transversalida-

de, produção grupalidade, de vinculação corresponsável na construção do cuidado na perspectiva do direito a saúde e integralidade (Silva, Pinheiro, & Lopes, 2014).

Os resultados das experiências de campo e análises do mapeamento foram publicados em uma coletânea no mês de agosto de 2014. Trata-se de uma estratégia de publicização e compartilhamento de experiências de Apoio Institucional, seus efeitos no SUS e sua articulação com as áreas programáticas em saúde no que concerne à garantia do direito à saúde e à integralidade do cuidado. Acredita-se que entender os efeitos do Apoio Institucional aumenta a capacidade de análise e intervenção dos sujeitos que constituem o SUS, e nossa proposta é, justamente, buscar uma reflexão sobre os desafios referentes à produção de democracia nas instituições e sua capacidade de intervir nas relações de sujeitos e coletivos.

Referências

- Campos, G. W. S. (2000). Um método para análise e cogestão de coletivos: a constituição do sujeito a produção de valor de uso e a democracia em instituições: o método da roda. São Paulo: Hucitec.
- Campos, G. W. S. (2005). Saúde Paidéia. São Paulo: Hucitec.
- Deleuze, G. (1988). Foucault. São Paulo: Brasiliense.
- Freire, P. (1996). Pedagogia da autonomia: saberes necessários à prática educativa. São Paulo: Paz e Terra.
- Ministério da Saúde. (2008). Documento base para gestores e trabalhadores do SUS / Secretaria de Atenção à Saúde, Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. Brasília, DF: Autor.
- Ministério da Saúde. (2011). Programa de formação em saúde do trabalhador / Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão do SUS. Brasília, DF: Autor.
- Negri, A. (2001). Trabalho imaterial: formas de vida e produção de subjetividade. Rio de Janeiro: DP&A.
- Nietzsche, F. (2003). Segunda consideração intempestiva: da utilidade e desvantagem da história para vida. Rio de Janeiro: Relume Dumará.
- Passos, E., Kastrup, V., & Escóssia, L. (Orgs.). (2009). Pistas do método da cartografia. Porto Alegre: Sulina.
- Pinheiro, R. (2010). Demanda por cuidado como direito humano à saúde: um ensaio teórico-prático sobre o cuidado como valor dos valores. In R. Pinhei-

ro & A. Gomes Silva (Orgs.), Por uma sociedade cuidadora (pp. 17-38). Rio de Janeiro: CEPES, IMS, UERJ, ABRASCO.

- Pinheiro, R., Lopes, T. C., Silva, F. H., & Silva, A. G. (Orgs.). (2014). Práticas de Apoio e a Integralidade no SUS: por uma estratégia de rede multicêntrica de pesquisa. Rio de Janeiro: CEPESC/ABRASCO.
- Pinheiro, R., Lopes, T. C., Silva, F. H., & Silva, A. G. (Orgs.). (2014a). Experienci(ações) e práticas de Apoio no SUS: integralidade, áreas programáticas e democracia institucional. Rio de Janeiro: CEPESC/ABRASCO.
- Robaina, J., Pinheiro, R., Silva, F. H., & Lopes, T. C. (2014). Construção da estratégia de mapeamento dos apoiadores do SUS. In R. Pinheiro, T. C., Lopes, F. H. Silva, & A. G. Silva (Orgs.), Práticas de Apoio e a Integralidade no SUS: por uma estratégia de rede multicêntrica de pesquisa (pp.191-202). Rio de Janeiro: CEPESC/ABRASCO.
- Rolnik, S. (1989). Cartografia sentimental: transformações contemporâneas do desejo. São Paulo: Estação Liberdade.
- Silva, F. H., Pinheiro, R., & Lopes, T. C. (2014). Estratégias de sistematização e análise das experiências de Apoio: uma proposição coletiva de pesquisa-intervenção. In R. Pinheiro, T. C., Lopes, F. H. Silva, & A. G. Silva (Orgs.), Práticas de Apoio e a Integralidade no SUS: por uma estratégia de rede multicêntrica de pesquisa (pp. 45-68). Rio de Janeiro: CEPESC/ABRASCO.

Sobre os autores, organizadores e coordenadoras

Autores

Ana Paula Sesti Becker é psicóloga pela Universidade do Vale do Itajaí - UNIVALI (2012) e Mestre em Psicologia pelo Programa de Pós-Graduação da Universidade Federal de Santa Catarina PPGP/UFSC (2014). Docente na UNIFEBE - Centro Universitário de Brusque/SC e cursa Especialização em Psicologia Clínica (Terapia Familiar Sistêmica) pelo Instituto Familiare em Florianópolis/SC

E-mail: anapaulasbc@hotmail.com

Cécile Diniz Zozzoli possui graduação em Psicologia pela Universidade Federal de Alagoas (2006) e mestrado em Psicologia Social pela Pontifícia Universidade Católica de São Paulo (2009)

E-mail: cecile.zozzoli@gmail.com

Gisele Maria Ribeiro de Almeida possui doutorado em Sociologia pela Universidade Estadual de Campinas, Brasil (2013). Professor Adjunto da Universidade Federal Fluminense, Brasil

E-mail: gimralmeida@gmail.com

Camila Claudiano Quina Pereira é doutora em psicologia social pela PUC-SP e especialista em gestão de pessoas e projetos sociais pela UNIFEI. Docente no curso de Psicologia da Univás, integrante do Núcleo Sul de Minas da Abrapso e do Núcleo de Estudos e Pesquisas em Práticas Discursivas e Produção de Sentidos do Programa de Estudos Pós-Graduados em Psicologia Social da PUC-SP.

E-mail: camilacquina@gmail.com

Mary Jane Paris Spink Spink é doutora em psicologia social – University of London. Atualmente é professora titular da Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, Programa de Estudos Pós-graduados em Psicologia Social e coordenadora do Núcleo de Estudos e Pesquisas em Práticas Discursivas e Produção de Sentidos, que atua em três linhas de investigação:

risco como estratégia de governamentalidade, práticas discursivas e construção de fatos e produção de sentidos em saúde. Bolsista produtividade do CNPq, nível 1A.

E-mail: mjspink@pucsp.br

Thiago Ribeiro de Freitas é doutor em psicologia social pela PUC-SP, integrante do Núcleo Sul de Minas da Abrapso e do Núcleo de Estudos e Pesquisas em Práticas Discursivas e Produção de Sentidos do Programa de Estudos Pós-Graduados em Psicologia Social da PUC-SP.

E-mail: thiagorf84@gmail.com

Carolina Seibel Chassot possui graduação em Psicologia pela Universidade Federal do Rio Grande do Sul (2008), residência em Saúde da Família e Comunidade pelo Grupo Hospitalar Conceição (2010) e mestrado em Políticas de Saúde e Bem-Estar pela École des Hautes Études en Sciences Sociales e pela Universidade de Évora (2012). Doutoranda em Psicologia Social e Institucional na UFRGS.

E-mail: carolchassot@gmail.com

Rosane Azevedo Neves da Silva possui graduação em Psicologia pela Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul (1980), mestrado em Psicologia Social e da Personalidade pela Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul (1991) e doutorado em Educação pela Universidade Federal do Rio Grande do Sul (2001). É professora do Programa de Pós-Graduação em Psicologia Social e Institucional do Instituto de Psicologia da Universidade Federal do Rio Grande do Sul.

E-mail: rosane.neves@ufrgs.br

Luciana Nogueira Fioroni possui graduação em Psicologia pela USP (FFCL-RP-USP - 1996), mestrado em Saúde Mental pela USP (FMRP-USP, 2000), doutorado em Psicologia USP (2005), Pós-Doutorado pelo Departamento de Medicina Preventiva - FMUSP (2012). É professora adjunta da Universidade Federal de São Carlos.

E-mail: lufioroni@ufscar.br; luciananf@hotmail.com

Fernanda Rebouças Maia Costa possui graduação em Psicologia pela Universidade Federal da Bahia (2008), mestrado no Programa de Mestrado

Profissional em Gestão da Clínica pela Universidade Federal de São Carlos. Gestora de Aprendizagem nos Projetos de Apoio ao SUS e do Pró-Pet Saúde, via Ministério da Saúde. Atua junto à Secretaria Municipal de Saúde de Salvador, BA.

E-mail: nandareboucas27@gmail.com

Pedro de Oliveira Filho possui Doutorado em Psicologia Social pela Pontifícia Universidade Católica de São Paulo (PUC/SP). Professor da Universidade Federal de Campina Grande (UFCG) e pesquisador vinculado ao Programa de Pós-graduação em Psicologia da Universidade Federal de Pernambuco (UFPE) e ao Programa de Pós-graduação em Psicologia da Saúde da Universidade Estadual da Paraíba (UEPB).

E-mail: deoliveirafilhopedro@gmail.com

Thelma Maria Grisi Veloso possui graduação em Psicologia pela Universidade Federal da Paraíba (UFPB), Mestrado em Serviço Social pela Universidade Federal da Paraíba (UFPB) e Doutorado em Sociologia pela Universidade Estadual Paulista Júlio de Mesquita Filho (UNESP/Araraquara). É professora do Departamento de Psicologia da Universidade Estadual da Paraíba (UEPB), do Programa de Pós-graduação em Serviço Social (UEPB) e do Programa de Pós-graduação em Psicologia da Saúde (UEPB).

E-mail: thelma.veloso@ig.com.br

Flavia Palmeira de Oliveira realizou sua graduação em Psicologia na Universidade Estadual da Paraíba (UEPB). Possui experiência acadêmica e em pesquisa na área de Psicologia, com ênfase em Saúde Mental, Clínica e Psicologia Jurídica. Atualmente atua como psicóloga clínica em Campina Grande - PB e como psicóloga do Centro de Referência de Assistência Social (CRAS - Santana do Seridó/ RN).

E-mail: flaviapalmeir@hotmail.com

Glória Rodrigues do Nascimento possui graduação em Psicologia pela Universidade Estadual da Paraíba (UEPB). Possui experiência nas áreas de Psicologia Hospitalar, Social e Clínica. Atuou como estagiária do Tribunal de Justiça da Paraíba, na Vara de Violência Doméstica.

E-mail: gloria_rodrigues_@hotmail.com

Iara Cristine Rodrigues Leal Lima possui graduação em Psicologia pela Universidade Estadual da Paraíba (UEPB), Especialização em Saúde Mental e Dependência Química pela Faculdade Integrada de Patos e é mestranda do Programa de Pós-graduação em Psicologia da Universidade Federal de Pernambuco (UFPE).

E-mail: iara_cristina_3@hotmail.com

Ana Paula Müller de Andrade possui doutorado em Ciências Humanas pelo Programa de Pós Graduação Interdisciplinar em Ciências Humanas da Universidade Federal de Santa Catarina e mestrado em Educação Ambiental pela Universidade Federal do Rio Grande (2002). É pós-doutoranda (PNPD/CAPES) no Programa de Pós Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Pelotas.

E-mail: psicopaula@yahoo.com.br

Sônia Weidner Maluf é professora do Departamento de Antropologia da Universidade Federal de Santa Catarina, mestre em Antropologia Social pela Universidade Federal de Santa Catarina (1989) e doutora em Antropologia Social e Etnologia pela Ecole des Hautes Etudes en Sciences Sociales, França (1996). Realizou pós-doutorado na Nottingham Trent University e na London School of Economics (2004-2005) e na Ecole des Hautes Études en Sciences Sociales (2011-2012).

E-mail: soniawmaluf@gmail.com

Raquel Valiente Frosi possui mestrado em Saúde Pública pela Universidade Federal de Santa Catarina (2013) Psicóloga do Núcleo Estadual do Ministério da Saúde no Rio Grande do Sul, Brasil.

E-mail: raquelfrosi@yahoo.com.br

Charles Dalcanale Tesser é médico com residência em Medicina Preventiva e Social pela Universidade Estadual de Campinas, especialização em Homeopatia pela Associação Paulista de Homeopatia (1997), mestrado (1999) e doutorado (2004) em Saúde Coletiva pela UNICAMP. Professor do Departamento de Saúde Pública da UFSC.

E-mail: charles.tesser@ufsc.br

Elisa Zaneratto Rosa possui graduação em Psicologia pela Pontifícia Universidade Católica de São Paulo e mestrado em Psicologia (Psicologia Social) pela Pontifícia Universidade Católica de São Paulo. Professora assistente da Pontifícia Universidade Católica de São Paulo e doutoranda em Psicologia Social na mesma Universidade.

E-mail: elisazrosa@pucsp.br

Filippe de Mello Lopes é mestrando do Programa de Pós-Graduação em Psicologia da Universidade Federal de São João Del Rei (UFSJ), orientado pelo Prof. Dr. Marcelo Dalla Vecchia. Graduado em Psicologia pela Universidade Federal de São João Del Rei (UFSJ).

E-mail: filippeufs@gmail.com

Oswaldo Gradella Júnior possui Graduação em Psicologia pela Universidade Federal Fluminense, mestrado em Educação pelo Instituto de Estudos Avançados em Educação pela Fundação Getúlio Vargas - RJ e doutorado em Educação pela Universidade Estadual Paulista Júlio de Mesquita Filho (2002). Professor da Universidade Estadual Paulista Júlio de Mesquita Filho – UNESP/Bauru.

E-mail: gradella@fc.unesp.br

Jéssica Bispo Batista é acadêmica do curso de Graduação em Psicologia da Universidade Estadual Paulista Júlio de Mesquita Filho UNESP, campus de Bauru. Curso de Psicologia – UNESP/Bauru.

E-mail: jebispob@gmail.com

Marciana Zambillo é graduada em Filosofia (LP) pela Universidade de Passo Fundo (UPF). Graduada em Psicologia (FP) pela Faculdade Meridional (IMED). Mestranda em PPG Psicologia Social e Institucional da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS).

E-mail: marcianazambillo@gmail.com

Fabio Hebert da Silva possui doutorado em Educação pela Universidade Federal do Espírito Santo/UFES (2011). Professor do Departamento de Psicologia da Universidade Federal Fluminense (Campos dos Goytacazes/RJ). Professor do Programa de Pós-Graduação em Psicologia Institucional UFES e Pesquisador LAPPIS/IMS/UERJ e Líder do Grupo de pesquisa do

CNPq Transdisciplinaridade e Clínica.

E-mail: fabiohebert@gmail.com

Roseni Pinheiro é professora do Instituto de Medicina Social da Universidade do Estado do Rio de Janeiro, coordenadora e líder do Grupo de Pesquisa do CNPq LAPPIS - Laboratório de Pesquisas sobre Práticas de Integralidade em Saúde.

E-mail: rosenisaude@uol.com.br

Ruani de Oliveira Machado é acadêmica do curso de Psicologia da Universidade Federal Fluminense (Campos dos Goytacazes/RJ).

E-mail: ruanimachado@gmail.com

Patrícia Henrique de Souza Durans é acadêmica do curso de Psicologia da Universidade Federal Fluminense (Campos dos Goytacazes/RJ).

E-mail: paty_henrique@hotmail.com

Betânia Belan da Silva é acadêmica do curso de Psicologia da Universidade Federal Fluminense, UFF (Campos dos Goytacazes/RJ).

E-mail: betaniabelan@hotmail.com

Renata Silva Alves é acadêmica do curso de Psicologia da Universidade Federal Fluminense (Campos dos Goytacazes/RJ).

Email: renatasilvaalves@hotmail.com

Jessyka Custódio da Silva Nobre é acadêmica do curso de Psicologia da Universidade Federal Fluminense (Campos dos Goytacazes/RJ).

E-mail: jessyka.custodio.nobre@hotmail.com

Matheus Neto Peixoto é acadêmico do curso de Psicologia da Universidade Federal Fluminense (Campos dos Goytacazes/RJ).

E-mail: matheus-peixe@hotmail.com

Aline Monteiro de Almeida é acadêmica do curso de Psicologia da Universidade Federal Fluminense (Campos dos Goytacazes/RJ).

E-mail: alinemonteirodealmeida@gmail.com

Tairine Corrêa de Mendonça é acadêmica do curso de Psicologia da Universidade Federal Fluminense (Campos dos Goytacazes/RJ).

E-mail: mendoncатаirine@yahoo.com.br

Carlos Alberto Severo Garcia Junior é psicólogo, especialista em Educação Especial, especialista em Clínica dos Transtornos do Desenvolvimento na Infância e na Adolescência e mestre em Educação. Doutorando do Programa Interdisciplinar em Ciências Humanas da UFSC.

E-mail: carlosgarciajunior@hotmail.com

Felipe Augusto Tonial é psicólogo pela Universidade do Vale do Rio dos Sinos. Mestre em psicologia em psicologia pelo Programa de Pós-Graduação em Psicologia da Universidade Federal de Santa Catarina, na área Práticas Culturais e Constituição do Sujeito, e doutorando por esta mesma universidade.

E-mail: felipetonial@gmail.com

Lorena Pinheiro Rocha é mestranda no Programa de Pós-Graduação em Psicologia Social e Institucional da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS). Bolsista CAPES. Graduada em Psicologia pela Universidade de Fortaleza (Unifor).

E-mail: lorennapinheiro@hotmail.com

Analice de Lima Palombini possui graduação em Psicologia pela Universidade Federal do Rio Grande do Sul (1983), mestrado em Filosofia pela mesma universidade (1996) e doutorado em Saúde Coletiva pela Universidade Estadual do Rio de Janeiro (2007). É docente do Instituto de Psicologia da Universidade Federal do Rio Grande do Sul.

E-mail: analice.palombini@ufrgs.br

Bruna Zani possui graduação em Political Science - Università di Bologna (1970).

E-mail: bruna.zani@unibo.it

Maria Stella Brandão Goulart é psicóloga social, doutora em Ciências Humanas Sociologia e Política e mestre em Sociologia pela Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG), especialista em Saúde Pública pela Escola

Nacional de Saúde Pública (ENS/FIOCRUZ) e Escola de Saúde de Minas Gerais (ESP). Leciona atualmente na UFMG.

Email: goulartstella2011@gmail.com

Áquila Bruno Miranda possui graduação em Psicologia pela Universidade Federal de Minas Gerais(2014). Atualmente é bolsista do Programa de Residência Multiprofissional em Saúde da Família pela Puc-Minas/ Secretaria Municipal de Betim-MG e financiada pelo Ministério da Saúde.

E-mail: aquilabruno@ymail.com

Marina Passos Pereira Campos é acadêmica da Universidade Federal de Minas Gerais. Estagiária de Psicologia na área de Saúde Mental. Participou do Programa Ciência sem Fronteiras pela Universidade de Bologna (Unibo).

E-mail: cdefcidadania@ig.com.br

Hernani Luís Chevreux Oliveira Coelho Dias é graduado em Psicologia pela Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG), atua como psicólogo clínico e como pesquisador na área da saúde mental e coletiva.

E-mail: hernanid@gmail.com

Sylvia Dantas possui graduação em Psicologia pela Pontifícia Universidade Católica de São Paulo (1986), mestrado em Psicologia Aplicada - Boston University (1992) e doutorado em Psicologia Social - Boston University (1999). Atualmente, é professora da área de Psicologia da Universidade Federal de São Paulo (UNIFESP).

E-mail: syddantas@gmail.com

Organizadores

Carla Guanaes-Lorenzi possui graduação, mestrado e Doutorado em Psicologia pela USP/Ribeirão Preto, e especialização em terapia de família e casal (Instituto Familia). Atualmente é docente do Departamento de Psicologia da Faculdade de Filosofia, Ciências e Letras de Ribeirão Preto (USP), onde coordena o LAPEPG-USP (Laboratório de Pesquisa e Estudo em Práticas Grupais).

E-mail: carlaguanaes@gmail.com

Cibele Cunha Lima da Motta possui graduação, mestrado e doutorado em Psicologia pela UFSC. Especialista em clínica pelo CFP. Atualmente em estágio Pós-doutoral junto ao Laboratório de Psicologia de Saúde Família e Comunidade - LABSFAC da Universidade Federal de Santa Catarina.

E-mail: mottacibele@gmail.com

Lucienne Martins Borges possui doutorado em Psicologia pelo Université du Québec à Trois-Rivières, Canadá (2006). Professora do Departamento de Psicologia da Universidade Federal de Santa Catarina.

E-mail: lucienne.borges@ufsc.br

Magda do Canto Zurba possui mestrado em Psicologia do Desenvolvimento pela Universidade Federal do Rio Grande do Sul e doutorado em Educação pela Universidade Federal de Santa Catarina. Pós-Doutorado em Psicologia Social pela PUC-SP (2014). Professora do Departamento de Psicologia da Universidade Federal de Santa Catarina.

E-mail: magda.zurba@ufsc.br

Marcelo Dalla Vecchia possui graduação em Psicologia (Licenciatura Plena e Formação de Psicólogo) pela Faculdade de Ciências da UNESP/Bauru, mestrado e doutorado em Saúde Coletiva pela Faculdade de Medicina da UNESP/Botucatu. Professor da Universidade Federal de São João del-Rei.

E-mail: mdvecchia@gmail.com

Coordenadoras da Coleção

Ana Lídia Campos Brizola é mestre em Psicologia pela Universidade Federal de Santa Catarina. Pesquisadora do INCT CNPq Brasil Plural - IBP. Editora executiva do Núcleo de Publicações do Centro de Filosofia e Ciências Humanas - CFH/UFSC e da ABRAPSO Editora.

E-mail: ana.lidia@ufsc.br

Andrea Vieira Zanella é doutora em Educação pela Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, PUC/SP. Professora do Programa de Pós-graduação em Psicologia da Universidade Federal de Santa Catarina e bolsista em produtividade do CNPq.

E-mail: avzanella@gmail.com