

Thelma Maria Grisi Velôso
Maria do Carmo Eulálio (org.)

SAÚDE MENTAL: saberes e fazeres





Universidade Estadual da Paraíba

Prof. Antonio Guedes Rangel Junior | *Reitor*

Prof. José Etham de Lucena Barbosa | *Vice-Reitor*



Editora da Universidade Estadual da Paraíba

Luciano do Nascimento Silva | *Diretor*

Antonio Roberto Faustino da Costa | *Diretor-Adjunto*

Conselho Editorial

Presidente

Luciano do Nascimento Silva

Conselho Científico

Alberto Soares Melo

Cidoval Moraes de Sousa

Hermes Magalhães Tavares

José Esteban Castro

José Etham de Lucena Barbosa

José Tavares de Sousa

Marcionila Fernandes

Olival Freire Jr

Roberto Mauro Cortez Motta



Editora filiada a ABEU

EDITORA DA UNIVERSIDADE ESTADUAL DA PARAÍBA

Rua Baraúnas, 351 - Bairro Universitário - Campina Grande-PB - CEP 58429-500
Fone/Fax: (83) 3315-3381 - <http://eduepb.uepb.edu.br> - email: eduepb@uepb.edu.br

Thelma Maria Grisi Veloso
Maria do Carmo Eulálio (organizadoras)

SAÚDE MENTAL: saberes e fazeres



Campina Grande - PB
2016

Copyright © EDUEPB

A reprodução não autorizada desta publicação, por qualquer meio, seja total ou parcial, constitui violação da Lei nº 9.610/98.

A EDUEPB segue o Acordo Ortográfico da Língua Portuguesa de 1990, em vigor no Brasil, desde 2009.

Editora da Universidade Estadual da Paraíba

Luciano do Nascimento Silva | **Diretor**

Antonio Roberto Faustino da Costa | **Diretor-Adjunto**

Design Gráfico

Erick Ferreira Cabral

Jefferson Ricardo Lima Araujo Nunes

Leonardo Ramos Araujo

Comercialização e distribuição

Danielle Correia Gomes

Layse Ingrid Batista Belo

Divulgação

Zoraide Barbosa de Oliveira Pereira

Revisão Linguística

Elizete Amaral de Medeiros

Normalização Técnica

Jane Pompilo dos Santos

Depósito legal na Biblioteca Nacional, conforme decreto nº 1.825,
de 20 de dezembro de 1907.

FICHA CATALOGRÁFICA ELABORADA PELA BIBLIOTECA CENTRAL - UEPB

616.89

S255

Saúde mental: saberes e fazeres. [Livro eletrônico]/ Thelma Maria Grisi Veloso; Maria do Carmo Eulálio (Organizadoras). – Campina Grande: EDUEPB, 2016.

20358 kb. 352 p.

Modo de acesso: Word Wide Web

<http://www.uepb.edu.br/ebooks/>

ISBN: 978-85-7879-303-6

1. Saúde mental. 2. Respeito - direitos humanos. 3. Psicologia da saúde. 4. Contenção psiquiátrica. 5. Loucura. I. VELOSO, Thelma Maria Grisi. Isabel. II. EULÁLIO, Maria do Carmo. III. Título.

21. ed. CDD

“Nesse sentido, quando o senhor fala de loucura nascida da sociedade, dá um conceito histórico à palavra loucura, e isso é muito importante [...]. Isto é, o senhor possui um conceito de loucura que não é o mesmo dos médicos, e sim um conceito mais justo e mais real. O conceito de loucura dos médicos só pode ser enfrentado com medicamentos, eletrochoques e insulina. Quando o senhor coloca o seu conceito e me pergunta como nasce a loucura, isso é fundamental para nós que queremos lutar contra a loucura e a doença mental. Com o conceito de doença mental dos médicos não se pode lutar porque é esse conceito que os mantém.”

Franco Basaglia – “A Psiquiatria Alternativa: contra o pessimismo da razão, o otimismo da prática” – Conferências no Brasil

SUMÁRIO

PREFÁCIO, 11

Maria de Fátima de Araújo Silveira

INTRODUÇÃO, 15

Maria do Carmo Eulálio

Thelma Maria Grisi Velôso

CAPÍTULO 1

SAÚDE MENTAL E DIREITO: A CONTENÇÃO EM PSIQUIATRIA, 23

Ernesto Venturini

CAPÍTULO 2

O RESPEITO AOS DIREITOS HUMANOS NO CUIDADO À SAÚDE MENTAL E NO USO NOCIVO DE SUBSTÂNCIAS PSICOATIVAS, 67

Ana Maria Fernandes Pitta

CAPÍTULO 3

DESLOCAMENTOS E INVENÇÕES NO TRABALHO EM SAÚDE MENTAL INFANTOJUVENIL, 77

Carla Bertuol

Andrea Perosa Saigh Jurdi

CAPÍTULO 4

LABORATÓRIO DO CONHECIMENTO COMPARTILHADO: ENCONTRO PRODUTOR DE EXPERIÊNCIA, 103

Maria Inês Badaró Moreira

Florianita Coelho Braga-Campos

Fernando Sfair Kinker

CAPÍTULO 5

ESCUA PSICOLÓGICA NA SAÚDE MENTAL: UMA EXPERIÊNCIA DE ACOLHIMENTO NO MOMENTO DA NECESSIDADE, 117

Carla de Sant'Ana Brandão

Rossana Costa e Silva

Valéria Bezerra da Silva

Gabriella César dos Santos

Cleide do Nascimento Cavalcanti

CAPÍTULO 6

BEM-ESTAR SUBJETIVO DE IDOSOS EM SOFRIMENTO PSÍQUICO, 145

Maria do Carmo Eulálio

Danyelle Almeida de Andrade

Priscila Magalhães Barros

Pauleska Nóbrega Asevedo

Fabiana Maria de Souza

CAPÍTULO 7

OS SABERES SOBRE A LOUCURA PRODUZIDOS NO MEIO RURAL, 171

Railda Sabino Fernandes Alves

Samkya Fernandes de Oliveira Andrade

Myriam de Oliveira Melo

Deize Lima Gonçalves

Thiago Silva Fernandes

Tiago Fernandes Alves

CAPÍTULO 8

SAÚDE MENTAL: UM ESTUDO SOBRE REPRESENTAÇÕES SOCIAIS NA ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA DE BOQUEIRÃO – PB, 199

Ana Lúcia Camêlo Trovão

Thelma Maria Grisi Velôso

CAPÍTULO 9

PERFIL DOS PORTADORES DE TRANSTORNOS MENTAIS SEVEROS RESIDENTES EM ZONAS RURAIS DO ALTO SERTÃO PARAIBANO, 243

Magda Dimenstein

Jáder Ferreira Leite

Victor Farias Silva

CAPÍTULO 10

ENTRE O CUIDAR E O EXCLUIR: CUIDADORES FALANDO SOBRE O TRABALHO NOS SERVIÇOS RESIDENCIAIS TERAPÊUTICOS, 275

Isaac Alencar Pinto

Pedro de Oliveira Filho

CAPÍTULO 11

O TRABALHAR NO CAPS: SAÚDE, REINVENÇÃO E MOBILIZAÇÃO, 301

Edil Ferreira da Silva

Thaís Augusta Cunha de Oliveira Máximo

Eduardo Breno Nascimento Bezerra

Paula Gabrielly Rasia Lira

Sara Regina Pessoa Dias de Oliveira

Melina do Nascimento Perônico

SOBRE OS AUTORES, 341

PREFÁCIO

Maria de Fátima de Araújo Silveira

*“a gente quer passar um rio a nado, e passa;
mas vai dar na outra banda é num ponto mais embaixo,
bem diverso do que em primeiro se pensou (...)
o real não está na saída nem na chegada:
ele se dispõe para a gente é no meio da travessia...”*
(Guimarães Rosa).

Apresentar o livro **“Saúde mental: saberes e fazeres”** é falar de travessia, da qual falava Guimarães Rosa¹: do real. Do que não está nem na saída nem na chegada. Lá, onde a água salgada se junta com a água doce e deságuam dores, mágoas, sofrimento, solidão.

É escrever sobre sobreviventes. E de uma sobrevivência das mais resilientes: dos naufrágios. Afogados em seus destinos, com iscas e anzóis atravessados, e cujos gritos ficaram durante séculos abafados nas águas, em silêncio maldito e cúmplice. São crianças, idosos, adultos, agricultores, homens, mulheres, *trans-bi-hetero-homo-pan-sexuais*; sem identidades aceitas e cuidadas; sujeitos tidos, eufemisticamente, em “sofrimento psíquico”, “vulneráveis”, tutelados. Riobaldos baldeados, Tataranas, Urutus-brancos, Cerzidores.

É dizer das correntezas que levam tudo. Mas sempre em primeiro, as âncoras que os mantinham em terra firme. Correntezas contra as quais não adiantou lutar por tantos espaços e tempos.

1 Todas as citações são excertos de obras de Guimarães Rosa.

Afinal, “o trágico não vem a conta-gotas”. Contar das águas, dos mares, dos córregos e dos rios, que, “na superfície, são muito vivazes e claros, mas nas profundezas são tranquilos e escuros como o sofrimento dos homens”. Das veredas d’água, suaves intercrises, da maldição dormida com camisas.

É, na mesma botada, trazer a definição de rede – “uma porção de buracos, amarrados com barbante”. Redes literais de cuidado e redes simbólicas de afetos. Barbantes finos, grossos demais, insuficientes quase sempre, que formam nós, que, por sua vez, machucam, incomodam, paliam e resolvem a seu modo. Redes retecidas, rarefeitas, retalhadas. E, ainda, e sempre, reforçar que nem redes às vezes há. Redes pelas quais esperam sobreviventes tirados das águas e deixados na margem ou das quais escorregaram por ineficiência, incompetência, distâncias. Redes – “cujo paradoxo traz-nos o ponto-de-vista do peixe”.

E emendo que nos remete aos pescadores: profissionais de saúde, pesquisadores, alunos, cuidadores dessa terra e dessas águas e de outros territórios, mares italianos, de onde artífices articulam botes, coletes, respiradores, transatlânticos. Sujeitos que lidam nos resgates, que sofrem as dores dos outros, sem ter, muitas vezes, ilhas para descansar as suas. Que também se afogam, que têm seus naufragos na família, que desistem e buscam manguê seco. Que se disfarçam incontáveis vezes dos seus pares, que não os consideram como tal. Diadorins. É anunciar a possibilidade de salvar os afogados em noites escuras, avalanches, em dias escaldantes e que há vida aqui fora. É desdobrar um Livro-manancial de onde brotam em jorro questões e borbulham imagens que lembram:

Sede real, fome de tudo

Grito mudo, choro seco

Banho gelado das mangueiras nos pátios dos asilos

Águas medicamentosas, fortemente adicionadas de químicas e ordens,
que paralisaram nados e bloquearam à volta à superfície

Outros afundamentos, até por saudades das torrentes.

Alegria e gozo do depois...

É convidar:

Venham!
Mergulhem primeiro,
Respirem depois!

Então, saberão renascimentos e batismos.

Batismo invertido, sem água, que chega de liquidez.

Batismo, ato fundador de identidades,

Que permita a todos que aqui estão, gritar:

“Pra o céu eu vou, nem que seja a porrete”.

INTRODUÇÃO

*Maria do Carmo Eulálio
Thelma Maria Grisi Velôso*

“La verità non sta in un solo sogno ma in molti sogni.”

(Pier Paolo Pasolini)

Esta coletânea, mais uma iniciativa do grupo de pesquisa “Psicologia da Saúde” (Departamento de Psicologia/UEPB), reúne textos de profissionais e pesquisadores que têm refletido sobre o tema saúde mental, numa perspectiva crítica e problematizadora, aliando-se, desse modo, ao Movimento dos Trabalhadores de Saúde Mental (MTSM) e contribuindo, por conseguinte, para o processo de consolidação da Reforma Psiquiátrica brasileira. Esta coletânea objetiva, portanto, contribuir para esse processo de reflexão e de construção de novos saberes e fazeres no âmbito da saúde mental.

Ao pensarmos como Canguilhem² que saúde é a capacidade dos seres humanos de afirmarem a vida, instituir normas, reagir às infidelidades e às variabilidades do meio, compreendemos que saúde é muito mais do que a ausência de doença. Nessa perspectiva, o conceito de saúde mental defendido pelas políticas públicas de

2 CANGUILHEM, G. **O normal e o patológico**. 5.ed. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2000.

saúde, por meio das quais a Reforma Psiquiátrica vem se estruturando e desafiando novas possibilidades de atuação, convida-nos a desconstruir concepções e práticas e privilegiar a construção de novos saberes e fazeres que considerem não só o sofrimento e a dor, mas também, a “potência”³, a possibilidade de criar e de recriar a vida através do estímulo à participação, à autonomia, à reflexão crítica e ao protagonismo social, produzindo saúde.

O primeiro capítulo desta coletânea – **Saúde mental e direitos: a contenção em Psiquiatria** - escrito por *Ernesto Venturini*, ao colocar em discussão o uso da contenção como recurso terapêutico (seja através dos psicofármacos, seja através das modalidades físicas, como as camisas de força), questiona a representação tradicionalmente construída sobre a loucura, que a vincula ao perigo, à imprevisibilidade e à violência. Nesse capítulo, o autor recorre à literatura e a sua experiência pessoal e profissional, como um dos propagadores da proposta de Reforma Psiquiátrica no mundo. Seguindo os passos de Franco Basaglia, reflete criticamente sobre a contenção como uma coerção violenta, que remete à desqualificação do profissional, ao lidar com o usuário de saúde mental como se não fosse uma “pessoa” com possibilidades e limites. Sem perder de vista os direitos de todo cidadão, ao defender a “não contenção”, ele qualifica a contenção como um abuso que tem sérios prejuízos para o usuário e nos convida a refletir sobre novas possibilidades de atuação, isto é, a capacidade criativa de tornar ativo o paciente como protagonista do processo terapêutico.

No capítulo, **O respeito aos direitos humanos no cuidado à saúde mental e no uso nocivo de substâncias psicoativas**, *Ana Maria Fernandes Pitta* aborda uma temática bem atualizada, esboçada sob um panorama da política pública, dos direitos humanos e da atenção em saúde mental, mais especificamente, quanto ao cuidado com as substâncias psicoativas. Nesse contexto, a saúde mental é discutida no cenário atual do tratamento prestado ao usuário

3 Para mais detalhes, consulte SANDER, J. A caixa de ferramentas de Michel Foucault, a reforma psiquiátrica e os desafios contemporâneos. **Psicologia & Sociedade**, v.22, n.2, p. 382-387, 2010.

de drogas. Assim, a autora questiona: “Como tratar sem violência?” De maneira elucidativa, o capítulo tece considerações sobre como as internações compulsórias são assumidas como política pública para o enfrentamento do crack. O enclausuramento é apresentado como uma solução mágica para camuflar as desordens humanas e coletivas e é associado à internação compulsória. Diante desse quadro, a autora afirma que o Estado continua a apresentar solução simples para os problemas complexos frente ao sofrimento humano. O texto tem uma importância contemporânea inequívoca e faz um convite para a reflexão sobre a qualidade dos serviços de saúde mental, ao mesmo tempo em que defende o respeito à autonomia do usuário, apoiando-o no acesso à educação, ao emprego, à habitação e às atividades comunitárias.

No capítulo, **Deslocamentos e invenções no trabalho em saúde mental infantojuvenil**, *Andrea Perosa Saigh Jurdi* e *Carla Bertuol* trazem uma discussão e uma reflexão relevantes sobre as práticas profissionais com crianças e adolescentes, que abrangem estratégias de intersetorialidade, construção de rede e de ação profissional. São abordadas questões como os processos históricos da institucionalização da infância, seu afastamento da vida de sociabilidade plena e o controle sobre o comportamento infantil. Essas temáticas são refletidas no âmbito da saúde mental infantil, com destaque para a posição e as possibilidades da experiência de ser criança em suas relações nos territórios.

Em **Laboratório do conhecimento compartilhado: encontro produtor de experiência**, *Maria Inês Badaró Moreira*, *Florianita Coelho Braga-Campos* e *Fernando Sfair Kinker* convidam diferentes protagonistas a partilharem a experiência, a de reduzir a distância entre o ambiente acadêmico e a comunidade. Portanto, aludem à construção do espaço de qualificação entre docentes, estudantes, profissionais de serviços de saúde, usuários de serviços de saúde mental, familiares e interessados na temática. O Laboratório promove a articulação interna com diversas instituições da Baixada Santista, visando fortalecer e visibilizar as lutas pela desinstitucionalização. Essa rica experiência de construção partilhada entre os distintos atores tende a qualificar o ensino, a extensão

e a pesquisa, articulando a prática às construções teóricas.

O capítulo: **A Escuta Psicológica na Saúde Mental: uma experiência de acolhimento no momento da necessidade**, de autoria de *Carla de Sant’Ana Brandão, Rossana Costa e Silva, Valéria Bezerra da Silva, Gabriella César dos Santos e Cleide do Nascimento Cavalcanti*, relata uma experiência de Serviço de Escuta Psicológica (SEP) num Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) de Campina Grande/Pb. As autoras, ao longo do capítulo, situam o leitor sobre o contexto de surgimento da proposta do SEP no Brasil, seus propósitos e características. Em clara sintonia com a proposta da Reforma Psiquiátrica, as autoras relatam como esse serviço de prevenção e promoção da saúde, através da escuta, do acolhimento e da orientação, foi implantado e desenvolvido num CAPS de Campina Grande. Entre outras contribuições valiosas, o texto ressalta o perfil dos usuários atendidos e faz considerações sobre os sentimentos expressados nas falas e nos silêncios, sem perder de vista a importância da participação ativa de todos os envolvidos nesse processo, usuários, familiares e profissionais.

O capítulo **Bem-estar subjetivo de idosos em sofrimento psíquico**, de autoria de *Maria do Carmo Eulálio, Danyelle Almeida de Andrade, Priscila Magalhães Barros, Pauleska Nóbrega Asevedo e Fabiana Maria de Souza*, relata uma pesquisa desenvolvida com idosos, usuários da rede de serviços substitutivos de Campina Grande/Pb (CAPS e Residências Terapêuticas). Através de uma abordagem quanti-qualitativa, as autoras objetivaram compreender os sentimentos relatados por esses idosos sobre o seu bem-estar subjetivo. Contextualizam essa discussão se remetendo à questão da longevidade nas sociedades contemporâneas, da relação entre o envelhecimento e a saúde mental e dos princípios que norteiam a Reforma Psiquiátrica brasileira. Interessa às autoras refletir sobre a “satisfação com a vida”, ou seja, a satisfação pessoal dos idosos com a saúde e a qualidade de vida. O texto contribui com relevantes reflexões sobre a velhice, a qualidade de vida e o sofrimento psíquico no contexto da Reforma Psiquiátrica.

Em seguida, vem o capítulo escrito por *Railda Sabino Fernandes Alves, Samkia Fernandes de Oliveira Andrade, Myriam de Oliveira*

Melo, Deize Lima Gonçalves, Thiago Silva Fernandes e Tiago Fernandes Alves - **Os saberes sobre a loucura produzidos no meio rural** – que, além de contribuir para as discussões no âmbito da Psicologia Rural, auxilia-nos a conhecer as representações que agricultores do Cariri paraibano constroem sobre a loucura. Recorrendo à Teoria das Representações Sociais, tal iniciativa traz contribuições para o processo de discussão sobre a desconstrução de concepções sobre a loucura tradicionalmente enraizadas, como propõe o projeto de Reforma Psiquiátrica. As representações fortemente influenciadas por um discurso metafísico, no qual, as explicações ligadas à dimensão espiritual orientam os saberes desses agricultores sobre a origem, a prevenção, o tratamento e a cura da loucura, trazem elementos para se compreender como esse grupo lida com o processo saúde-doença.

O capítulo intitulado **Saúde mental: um estudo sobre as representações sociais na Estratégia de Saúde da Família de Boqueirão – PB**, de autoria de Ana Lúcia Camêlo Trovão e Thelma Maria Grisi Velôso, convida-nos a desvelar as representações da saúde mental construídas por profissionais (médicos, enfermeiras, dentistas, auxiliares de saúde bucal, auxiliares de enfermagem e agentes comunitários de saúde) da Estratégia de Saúde da Família (ESF). Nos discursos, foram destacados os aspectos representativos emergentes do cotidiano de trabalho dos profissionais, demonstrando as limitações que eles apreendem em sua prática, resultantes não somente das dificuldades estruturais e de formação profissional, mas também das próprias crenças que são sustentadas, ainda hoje, no imaginário social, em contato com o usuário de saúde mental. Nessas dificuldades, estão implicadas as concepções sobre as causas, o tratamento e a própria concepção dos profissionais acerca da possibilidade de se organizar um trabalho em saúde mental no campo da ESF. Essa realidade que as autoras descrevem faz da exposição uma leitura necessária ao profissional que atua em contato com o campo da saúde mental, espaço em que se sustentam representações diversas, produções subjetivas que precisam ser avaliadas sob a sua possibilidade de desmistificar e de reelaborar novos sentidos.

O capítulo, **Perfil dos portadores de transtornos mentais severos residentes em zonas rurais do alto sertão paraibano**, de autoria de *Magda Dimenstein, Jáder Ferreira Leite e Victor Farias Silva*, apresenta uma pesquisa cujo objetivo foi de descrever o perfil dos usuários portadores de transtornos mentais severos de um Centro de Atenção Psicossocial (CAPS I) da zona rural do sertão paraibano. Trata-se, portanto, de um importante trabalho, que aponta para a necessidade de se conhecer o perfil de usuários que procuram os serviços de saúde mental, atentando para as especificidades da população rural. Convida-nos a refletir sobre o elevado nível de abandono do tratamento e sobre a importância do cuidador familiar como um suporte às demandas dos usuários. A relevância deste trabalho consiste, principalmente, em conhecer bem mais o usuário do serviço de saúde mental da zona rural, lugar de pouca atuação governamental relativa à promoção da saúde e à assistência social. Isso comprova as dificuldades impostas na organização da rede de atenção psicossocial, principalmente a acessibilidade e a resolutividade nessa região.

Entre o cuidar e o excluir: relatos de cuidadores sobre o trabalho nos serviços residenciais terapêuticos, de autoria de *Isaac Alencar Pinto e Pedro de Oliveira Filho*, é mais uma contribuição no contexto de implementação da reforma psiquiátrica. Os referidos autores desenvolveram uma pesquisa que objetivou analisar o discurso produzido pelos cuidadores de residenciais terapêuticos de Recife/PE sobre si mesmos e sobre o papel que exercem nesses serviços. Referenciados teórico-metodologicamente na Psicologia Discursiva, os autores trazem valiosas contribuições para se refletir sobre as identidades dos cuidadores das Residências Terapêuticas e os desafios concernentes à reprodução de práticas asilares dentro dos serviços substitutivos.

Por último, no capítulo intitulado **O trabalhar no CAPS: saúde, reinvenção e mobilização**, *Edil Ferreira da Silva, Thaís Augusta Cunha de Oliveira Máximo, Eduardo Breno Nascimento Bezerra, Paula Gabrielly Rasia Lira, Sara Regina Pessoa Dias de Oliveira e Melina do Nascimento Perônico* apresentam uma discussão sobre o fazer dos trabalhadores nos serviços substitutivos de saúde mental. Ao

ênfatizar a relação trabalho-saúde das equipes multiprofissionais de três Centros de Atenção Psicossocial de Campina Grande, os autores refletem sobre essas práticas, a partir do referencial teórico-metodológico das abordagens da Clínica do Trabalho, partindo da visão desses profissionais. Ao ressaltar que a ausência de normas para regulamentar os modos de fazer nos CAPS exige desses trabalhadores o uso da criatividade, ao mesmo tempo em que gera sofrimento, traz contribuições importantes para se refletir sobre o trabalho nesses serviços alternativos à psiquiatria asilar.

Enfim, desejamos que façam uma boa leitura desta coletânea, que reúne importantes trabalhos no campo da saúde mental, num diálogo com diferentes profissionais e pesquisadores que intercambiam, de forma elucidativa e convidativa, os resultados de seus estudos. Os capítulos aqui expostos reúnem um recorte valioso do potencial de reflexões e discussões que podem ser suscitadas por meio da leitura dos interessados em enveredar no campo da saúde mental, espaço dinâmico e marcado por uma diversidade de problemáticas que ainda precisam de atenção especial e da proposição de soluções na concretização dos ideais pregados nos movimentos de reforma. Que façamos desta leitura um instrumento de inquietação e de militância por saberes e fazeres engajados na promoção da saúde.

CAPÍTULO 1

SAÚDE MENTAL E DIREITO: A CONTENÇÃO EM PSIQUIATRIA⁴

Ernesto Venturini

(...) No âmbito de um tratamento de saúde obrigatório, cada direito pessoal deve ser concebido como um “direito ao direito”, isto é, como um direito de conservar as capacidades de exercício da liberdade, das faculdades e dos poderes próprios do cidadão livre (ZATTI, 1986).

PREMISSA

Nas histórias de pacientes psiquiátricos, são descritos comportamentos violentos de pacientes contra si mesmos e contra os outros, como também a presença de violências cometidas contra eles, tanto por parte do contexto social (familiares, vizinhos, patrões, educadores, religiosos, poderes policiais), quanto daqueles que são responsáveis por seu tratamento (profissionais de saúde).

No presente capítulo, irei analisar, brevemente, o tema da

4 Título original: “*Salute mentale e diritto: la contenzione in psichiatria*”. Traduzido por Elio Perinelli. Colaboraram na revisão do texto as professoras Rejane Ferreira Araújo e Thelma Maria Grisi Velôso.

“violência” cometida por pacientes. Todavia, desde já, quero precisar a minha posição a partir do seguinte argumento: não existem “patologias” psiquiátricas que, automaticamente, contenham comportamentos violentos por parte dos pacientes. O paciente psiquiátrico não é intrinsecamente “perigoso” nem naquelas patologias (esquizofrenias, paranoia) em que a experiência pareceria confirmar o contrário. Existem – isso sim – condições psicopatológicas que expõem o sujeito a determinadas dificuldades comunicativas. Em tais situações, é “necessário” que se faça um esforço para compreender de que forma é possível transformar reações de alarme e de angústia hesitantes em atos de violência, os quais, comumente, são uma consequência da falta de resposta a uma “necessidade”, embora – em verdade – não seja tão fácil ler essa necessidade e dar uma resposta, devido à pluralidade de sujeitos e de situações que complicam cada possibilidade de previsão.

Neste capítulo, reporto-me, também, à análise das violências cometidas por aqueles que estão mais ou menos próximos do paciente e mais ou menos ligados a ele emocionalmente – responsáveis pela marca como também pela condição de sofrimento ao qual é diariamente submetido e pela origem do estado de alienação.

Limitar-me-ei a considerar os comportamentos violentos perpetrados por aqueles que institucionalmente são responsáveis pela função de cura. Pretendo, porém, excluir a categoria de comportamentos reprováveis que se baseiam em modalidades de violência absolutamente injustificáveis e gratuitas e referir-me à violência física e moral, que é cometida por alguns funcionários no interior de algumas instituições contra as pessoas mais fracas. Com certa frequência, aparecem, em órgãos de imprensa, denúncias dramáticas sobre a descoberta de lugares onde são praticados comportamentos sádicos e violentos contra pacientes psiquiátricos. Os fatos se referem a alguns hospitais psiquiátricos e a situações residenciais, públicas ou particulares. Casos similares – verdadeiros campos de concentração – acontecem em asilos para idosos, institutos para pessoas com deficiência físico-psíquica, orfanatos, comunidades terapêuticas para dependentes químicos e cárceres. Enfim, refiro-me a todo aquele mundo feito de abuso e de ausência de direito,

escrito pelo sociólogo Erving Goffman, em sua análise sobre as “instituições totais”. Seus estudos e os de outros autores nos esclareceram muitas razões institucionais de tais violências. E apesar desses conhecimentos, a grande reprovação social que acompanha as denúncias e as consequentes intervenções repressivas parecem minimamente incidir sobre o problema.

Quando já se pensava em ter deixado para trás símiles monstruosidades, eis que se descobre que esse câncer da ignomínia está ainda presente, talvez, quantitativamente menos difundido, menos arrogante, mas sempre presente. Mais uma vez, perguntamos de onde nascem tais comportamentos tão sádicos e como é possível a existência de uma atitude reprovável, baseada na exploração violenta de pessoas tão indefesas. Uma explicação, certamente não a única, muito menos a mais importante, está na existência de outra “categoria” de comportamentos de abuso, perpetrados em nome da Ciência e do bem-estar dos pacientes. Trata-se de comportamentos, certamente, menos violentos, justificados, porém, como necessários para o tratamento e que se resumem em todas aquelas práticas, diretas e indiretas, de “contenção” dos pacientes e que são classificadas como “terapêuticas”. Apesar disso, essas práticas terminam por constituir um alibi para outras formas mais reprováveis de abuso.

O TRATAMENTO MANICOMIAL E A CONTENÇÃO

Existem várias modalidades coercitivas de contenção. A mais conhecida é a camisa de força, que torna impossível os movimentos dos braços, e que, por antonomásia, representa o instrumento mais habitualmente escolhido para os pacientes psiquiátricos furiosos. Outro sistema de contenção é a cela de isolamento (cela forte): um quarto sem móveis, onde o paciente é aprisionado, às vezes, durante semanas ou meses. Também existe a contenção forçada no leito, através de robustos laços de tecido em todos os quatro membros; muitas vezes, o leito está fixo no piso. Nesses casos, há um buraco por meio do qual o paciente defeca diretamente no pavimento. Em alguns contextos, existem alguns leitos-gaiola – leitos delimitados por uma grade particularmente robusta. Para imobilizar o paciente,

usam-se várias metodologias. Uma das mais usadas é a “strozzina”, que consiste em se fazer pressão, com um tecido embebido de água, sobre o rosto do sujeito, até ele perder a consciência.

Todas essas tipologias coercitivas constituem a “parafernália” do tratamento manicomial. É claro que essa parafernália é muito mais complexa do que aqui descrita, em relação às épocas e aos diferentes contextos, como também às “capacidades criativas” dos profissionais da saúde. Em verdade, a limitação do físico e dos espaços de movimento formou um conjunto entre as terapias de natureza física e os tratamentos educacionais (banhos frios, drenagem de sangue e purgantes) que, por muito tempo, têm caracterizado os tratamentos psiquiátricos. Contrariamente à opinião de quem opera uma distinção entre as contenções e esses tipos de tratamento, penso que, além de tudo o que foi explicado, em realidade, exista, em ambos os casos, um mecanismo inconsciente em comum: a vontade de punir um comportamento selvagem, “não humano”, inaceitável para as normas de um viver “civil”.

A lista dessas “terapias que torturam” é incrivelmente vasta e alucinante (esta, sim, foi uma verdadeira expressão de demência!), portanto, limitar-me-ei a recordar somente algumas das mais conhecidas. No Século XVIII, era utilizada a dor, através de queimaduras com soda cáustica nos genitais e no crânio do paciente: a dor, que ocupava a mente do louco sobre aquela sensação, teria impedido, segundo profissionais da área de saúde, “cada pensamento raioso”! Além disso, provocava-se o vômito (através de vários tipos de purgas desgostosas), porquanto se pensava que, até a duração da náusea, as alucinações teriam sido eliminadas. “Até o sujeito mais furioso – constatava-se – deste modo se tornava tranquilo”. Outro método de terapia era a sangria, que se baseava na ideia de que os danos cerebrais, causados pela “excessiva imaginação” ou pela masturbação, provocavam um movimento irregular da vascularização cerebral, causando a loucura.

A partir do Século XVIII, passou a ser empregado o método do afogamento: o paciente era colocado dentro de uma caixa furada, mergulhada na água; quando “as bolhas de ar paravam de subir”, ele era tirado e reanimado. Através da suspensão das funções vitais,

pensava-se que o paciente retornasse à vida com modos de pensar finalmente mais “adequados”. Uma variante mais sofisticada dessa terapia era a hidroterapia: o paciente era envolvido em uma tela e mergulhado na água, por horas ou dias; somente a cabeça era mantida fora do tecido que cobria totalmente a banheira. Alternava-se água fervente com água gelada. O cansaço psicológico desse “banho longo” deveria estimular a produção de secreções na pele e nos rins, reestruturando as funções cerebrais.

No final do Século XVIII, introduzia-se, entre as várias curas, a amputação do clitóris nas mulheres (e até a remoção do útero) e as terapias endócrinas. No primeiro caso, a intervenção se motivava pela característica dos órgãos, nesse caso, os femininos, que teriam dado origem à agitação e à loucura. As terapias endócrinas consistiam na injeção de extratos de ovários, de testículos, de glândulas pituitárias e tireoides de vários animais. Estes extratos deviam modificar a nutrição das células e deviam assegurar uma cura permanente.

No começo do Século XX, passou-se a adotar a esterilização masculina: a conservação do esperma – “elixir da vida” – teria ajudado a melhorar o quadro clínico do distúrbio mental, e a se praticar a extração dos dentes, por se acreditar que as bactérias que ficavam “escondidas” perto dos dentes alcançavam o cérebro e produziam as doenças mentais. Em larga escala, praticava-se a hibernação, que consiste em manter o paciente, às vezes, até três dias, envolvido em cobertores gelados, para manter seu corpo em uma temperatura muito baixa. Acreditava-se que o choque térmico permitisse ao paciente recuperar suas funções mentais.

Em 1917, foi introduzida a primeira terapia de choque – a da hiperpirexia – que, segundo as indicações de Wagner von Jauregg – usando a malária ou o piretoterapia - os doentes com paralisia progressiva eram tratados com uma indução de febre terzana. Essa descoberta atribuiu a Jauregg o prêmio Nobel de Medicina em 1927. Em 1932, Sakel propôs o choque hiperglicêmico ou coma insulínico: nesse caso, o paciente recebia uma alta dose de insulina, que o levava a um estado de coma; depois, ele era prontamente reanimado com uma solução de glicose. Nesse caso, pensava-se que

a hipoglicemia mataria ou “calaria” as células doentes. No ano de 1936, foi introduzido outro tipo de choque – o cardiazólico. O paciente recebia “metrazol”, que causa fortes convulsões e frequente ruptura de membros, porém restauraria as funções mentais comprometidas. O medo angustiado do paciente teria, na opinião do defensor dessa terapia – Won Meduna – o poder de iniciar um processo de cura. O eletrochoque passou a ser utilizado a partir de 1938, graças a Ugo Cerletti. Inicialmente, era aplicado sem anestesia, para provocar uma dessincronização traumática da atividade cerebral e a perda de consciência. Em seguida, introduzia-se uma técnica com a anestesia. A convulsão produziria danos cerebrais positivos necessários à recuperação do paciente: a mesma perda de memória, devido à eliminação de certo número de neurônios, constituiria um benefício, ao mesmo tempo em que apagaria os fatos traumáticos ou os eventos que causam a angústia no paciente. Amplamente utilizada, a partir de 1935, foi a lobotomia frontal. Trata-se de uma intervenção cirúrgica, em que se cortavam algumas conexões cerebrais, para evitar o começo de fortes perturbações emotivas. Naturalmente, também se danificava, de forma irreversível, uma parte do cérebro. Com essa “descoberta”, o neurologista português Egas Moniz consegue o prêmio Nobel de Medicina.

Mas foi a partir do ano de 1952, com a descoberta do uso sedativo da clorpromazina por Henri Laborit e com o maciço uso sucessivo dos psicofármacos, que se modificaram radicalmente os tratamentos psiquiátricos e os sistemas de contenção até então usados.

A contenção passou a ser empregada não mais como apenas uma modalidade física, mas, substancialmente, através da química dos fármacos, sempre mais poderosos e eficazes. No máximo, a contenção física se resumirá a uma luta (altamente traumática, mas breve!) entre o paciente renitente ao tratamento e o profissional de saúde, que o imobilizará impondo a terapia via intramuscular ou endovenosa.

Na realidade – e é esta a parte central deste capítulo – nem o uso dos psicofármacos nem as radicais modificações institucionais, como a humanização dos hospitais psiquiátricos, têm abolido completamente as contenções. Hoje, na época *post-manicomial*, existem

contenções menos impressionantes. Por exemplo, usam-se faixinhas de gaze para imobilizar os membros do paciente no leito. Esse método é particularmente usado nas enfermarias psiquiátricas em hospitais gerais, principalmente nas fases iniciais do tratamento e quando particulares condições clínicas do paciente parecem desaconselhar um uso maciço de psicofármacos. Mas essa modalidade também é empregada com os pacientes idosos, portadores de demência senil, nos blocos hospitalares geriátricos e, particularmente, nos asilos. Por recomendação do pessoal de assistência, essa prática só é feita à noite, devido à falta de profissionais de Enfermagem.

Outra forma de contenção é o fechamento sistemático da porta da enfermaria psiquiátrica (*close door*), que se limita a certos horários diurnos e pode invocar razões higiênicas ou o respeito aos regulamentos hospitalares. Todavia as exigências de assepsia dos pacientes internados em uma repartição de cirurgia ou de doenças infecciosas, que justificam uma modalidade de controle no acesso à repartição, não podem ser apresentadas para os pacientes psiquiátricos. A porta fechada na repartição psiquiátrica é, sem dúvida, para se evitar a fuga. Seu objetivo é, de fato, limitar a liberdade. Na Itália, um país onde foi abolido o hospital psiquiátrico, foi detectado que, em mais da metade das enfermarias psiquiátricas nos hospitais gerais, as portas são fechadas e/ou utilizam meios de contenção, uma vez ou mais vezes, durante o ano. Como foram evidenciadas algumas situações escandalosas denunciadas pela imprensa, a contenção física ou o isolamento se referem, sobretudo, a situações psiquiátricas em casas privadas protegidas ou em “comunidades residenciais” reguladas por particulares.

Foi documentado que a contenção no leito vem causando severos danos físicos aos pacientes e, em alguns casos, tem provocado a morte, seja pelas condições de abandono assistencial ou pelas consequências isquêmicas, devido às tentativas do paciente de se opor a esse tipo de tratamento. Na Itália, as associações dos familiares moveram ações judiciais contra os profissionais da área de saúde responsáveis por esses fatos e conseguiram que eles fossem condenados.

Métodos de coerção física, como já evidenciados, são perpetrados,

em alguns casos, contra um paciente que rejeite o tratamento, a fim de obrigá-lo a tomar uma medicação. Em geral, acredita-se que tais métodos são completamente lícitos, quando o paciente estiver em uma condição de internamento obrigatório aprovado por lei. Mas, como veremos, essa interpretação não é absolutamente correta.

Enfim, uma específica forma de contenção pode ser também o uso dos psicofármacos, quando a dosagem deles, a modalidade de subministração e a própria duração superam os critérios terapêuticos convencionais e quando os profissionais da saúde, conscientes ou inconscientemente, consideram, mais que as necessidades do paciente, as exigências de segurança e de controle recomendadas pelos familiares e pelas autoridades ou as exigências da instituição de cura.

A JUSTIFICAÇÃO DA CONTENÇÃO

A contenção e o tratamento manicomial encontram uma “justificativa” no argumento de que o doente mental seja perigoso e imprevisível e que, portanto, seja necessário tomar cuidado, também preventivamente, em relação a ele. É um argumento muito antigo e difundido, mas sem um verdadeiro valor científico. Baseia-se nas construções historicamente determinadas que correspondem a exigências psicológicas e sociológicas complexas, mas que não encontram confirmação nos dados epidemiológicos, fundados sobre a “*evidence based*”. As pesquisas nesse campo se realizam, não obstante, com dificuldade de se escolher a amostra, determinar os critérios de avaliação da violência e do conceito de periculosidade, com a parcialidade dos dados à disposição, com a presença de numerosas variáveis históricas e sociais. Como já afirmei, não tenho intenção de, neste capítulo, entrar no mérito desse delicado problema. Parece-me, todavia, oportuno citar, pela exaustividade dos dados, um importante trabalho de Eric B. Elbogen e Sally C. Johnson (2009), publicado em *Archives of General Psychiatry*. Trata-se de uma pesquisa conduzida pelo *National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions* (NESARC) dos EUA, cujos participantes foram 34.653 pessoas, distribuídas com critérios de relevância estatística, em todos os estados dos EUA. As entrevistas foram desenvolvidas

em duas fases (nos anos 2001-2003 e 2004-2005). A pesquisa foi motivada pela frequência de matanças perpetradas, nos últimos anos, por alguns sujeitos, identificados genericamente como loucos. A opinião pública se perguntou sobre a possibilidade de evidenciar alguns sinais preditivos de violência e se, de modo especial, os doentes mentais (ou algumas categorias de doentes mentais) são tendencialmente perigosos. Os sujeitos entrevistados haviam cometido atos violentos mais ou menos graves. Foram detalhadamente examinados tais fatos e foi feito um *feed back* à distância de 2/3 anos. Os índices de resultado evidenciaram a presença de atos de violência cometidos entre a fase 1 e a fase 2 nas diferentes tipologias dos sujeitos previamente escolhidos.

Sintetizando os resultados dessa complexa e vasta pesquisa, todas as análises multivariadas demonstram que as doenças mentais graves, sozinhas, não são preditivas de comportamentos perigosos nem de violência futura. A violência é claramente associada a outros fatores, a saber:

- históricos (violências sofridas no passado, prisão juvenil, abusos físicos, recordação de prisões contra familiares);
- clínicos (abusos de substâncias, ameaças percebidas);
- características (idade, sexo, renda) e de contexto (divórcio recente, desemprego, vitimização).

Os fatores que, em ordem progressiva, constituem os riscos mais altos de violência são, de fato, os seguintes:

1. a idade do sujeito (mais jovem = mais violento);
2. a presença de atos de grave violência na história do sujeito e da família dele;
3. o sexo do sujeito (masculino = mais violento);
4. uma história de prisão em idade juvenil;
5. um recente divórcio ou uma separação;
6. histórias de abusos sexuais sofridos pelo sujeito;
7. a presença de antecedentes criminais na família;
8. uma condição de desemprego durante o último ano;
9. a presença de uma dependência química associada a um grave

distúrbio psíquico;

10. ter sido vítima de atos de violência.

O valor preditivo do risco de violência foi calculado em termos de percentual sobre toda a população. Seu valor é o seguinte:

- em condição de nenhuma doença: de 0,010;
- em presença de distúrbios psíquicos: de 0,013;
- em presença de problemas de dependência química: de 0,018;
- em presença de histórias de violência: de 0,058.

Como é possível ver, a diferença entre “saudáveis” e “doentes mentais” é estatisticamente irrelevante. Mais séria é a condição de risco de violência na pessoa com dependência química e que tenha um histórico de atos e comportamentos violentos, sofridos ou cometidos.

A predição de violência recebe uma relevância própria somente através de análises multivariadas. De fato, se um sujeito combina na própria história distúrbios psíquicos e dependência química, o risco de violência sobe para 0,026; distúrbios psíquicos e histórias de violência sobem para 0,070; uma dependência química associada a histórias de violência leva o valor para 0,080; a presença de distúrbios psíquicos, associada a uma dependência química e a histórias de violência, eleva o risco para 0,120.

Esta pesquisa, substancialmente, evidenciou que é necessário pesquisar fatores preditivos de violência não só no “diagnóstico psiquiátrico”, mas também na história do sujeito, nas modalidades com as quais eventualmente tenha sido socialmente vivida a própria doença, no estigma e nas dramáticas violências sofridas. Os profissionais da área, de fato, sabem que os atos de violência do paciente, a tentativa de ameaçar os outros correspondem, quase sempre, simplesmente ao profundo “medo” do sujeito de sofrer atos de violência.

Podemos, portanto, afirmar que o “usuário de saúde mental” é perigoso? Não, não podemos absolutamente dizer isso! Podemos, porém, sublinhar que a condição social que acompanha o sofrimento mental é sobremaneira carregada de histórias e de significados

de violência; é uma condição que predispõe à violência, que necessita de atenção e de prudência, mas requer, sobretudo, uma capacidade de desarmar, e não de confirmar a violência. É muito intuitivo pensar, de outro lado, que a coerção violenta estabelecida hoje, para “fins terapêuticos”, terminará por provocar, amanhã, um aumento significativo do risco de violência.

O PARADOXO DA CONTENÇÃO

Em Psiquiatria, o uso da contenção é tão antigo que não se percebe o seu paradoxo. Poderíamos nos perguntar por que se fecham as portas de um bloco psiquiátrico e se mantêm os pacientes com características mais ou menos violentas, mais do que nos perguntar sobre o contrário.

Acontece que, em certos blocos psiquiátricos, consideram-se traumáticas, porém necessárias as formas de contenção e interrogam-se sobre como é possível não amarrar os pacientes agitados, não circunscrevê-los em espaços delimitados, não intervir com a força física para impor um tratamento - na opinião deles - devido à impossibilidade de “*compliance*” ao tratamento que, por definição, esperamos para um paciente psiquiátrico.

Interrogam-se, paradoxalmente, sobre o sentido e sobre a possibilidade daquilo que é definido “*no restraint*” ou “*open door*”. Mas a anomalia - que é evidenciada com força - é a porta fechada, não a porta aberta, e a anomalia é a contenção, e não, o respeito à pessoa, sã ou louca que seja! O “*no restraint*”, de fato, não constitui somente uma intervenção de indiscutível valor qualitativo, mas é a essência da cura: o tratamento deve mirar o reforço da autoestima do paciente e fundar uma relação de confiança com os profissionais de saúde.

A contenção do paciente psiquiátrico - como também de cada pessoa com poder contratual limitado (pessoa com deficiência, menor, preso, idosos) - evidencia a contradição que cada intervenção terapêutico-assistencial corre o risco de cair, quando pensa de poder prescindir o respeito do estado de direito. Para justificar uma clara violação dos direitos da pessoa, é posto o problema da intervenção em relação a um paciente problemático em um setor técnico

especializado, onde se pensa que o poder da disciplina (neste caso, da Psiquiatria) possa subtrair-se às normas do direito. Quanto ao louco-anormal, seria, de fato, permitido quanto habitualmente é proibido para uma pessoa normal.

A condição de urgência e o estado de necessidade, às vezes, justificáveis em um estado de normalidade, tendem a se expandir no tempo e nos modos, prevaricando qualquer limite. Existe uma espécie de ideologia segundo a qual o fim justifica os meios, e que o resultado final, obtido pela terapia farmacológica ou pela submissão da índole rebelde do louco, de fato irá cancelar qualquer ato ilegal cometido. Procuram-se também motivações absurdas, caminhos surreais, imputando à contenção um valor terapêutico, brincando sobre uma ambígua interpretação do conceito de *holding* (contenção), em que o conceito psicodinâmico de contenção emotiva, no sentido de proteger, é mistificamente utilizado para justificar a violência. Seria o paciente que, de forma inconsciente, pediria a contenção, provocando uma situação de conflitos: a contenção significaria tornar evidente o limite do qual o louco perdeu o sentido. A contenção seria para ele uma “saudável” chamada à realidade e poderia provocar uma espécie de “insight” necessária para ter consciência da necessidade de controlar os próprios impulsos auto e hétero destrutivos.

De qualquer forma, emerge uma espécie de exigência, mais ou menos inconsciente, em todas essas justificativas da contenção: precisa “domesticar” os impulsos agressivos e antissociais da não razão, expressos pelo louco, através de um “input”, que defina, simbólica e ativamente, a supremacia da razão sobre o instinto.

A NORMATIVA

Apesar da grande quantidade de declarações e de denúncias em diversos países e em documentos oficiais de organismos internacionais, as práticas de “*restraint*” em psiquiatria permanecem fortemente difundidas.

Em alguns países, não são disponíveis normas que se referem à situação específica da contenção psiquiátrica. Isso pode ser fruto de uma vontade intencional do legislador de não iniciar,

involuntariamente, uma condição de distinção normativa entre pacientes físicos e os psíquicos, através da emanção de normas específicas só para os pacientes psiquiátricos ou pode significar uma implícita afirmação de que o tema da contenção constitua somente um aspecto técnico, inerente ao mundo da saúde e, portanto, de não “ingerência” do jurídico. Outras vezes - e é o caso mais frequente - a carência de uma normativa testemunha simplesmente um retardo na admissão dos direitos de cidadania dos doentes mentais.

Existem países, todavia, onde já foram feitas leis sobre o assunto. Limitar-me-ei a recordar somente algumas leis da Itália e do Brasil. A recente Lei da Reforma Psiquiátrica do Brasil – Lei nº. 10.216, de 6 de abril de 2001 – determina, no art. 2º:

São direitos da pessoa portadora de transtorno mental ter acesso ao melhor tratamento do sistema de saúde, consentâneo às suas necessidades; ser tratada com humanidade e respeito e no interesse exclusivo de beneficiar sua saúde... ser protegida contra qualquer forma de abuso e exploração... ser tratada em ambiente terapêutico pelos meios menos invasivos possíveis.

A Constituição italiana, em seu art.13, afirma:

A liberdade pessoal é inviolável. Não é admitida forma alguma de detenção, de inspeção ou perseguição pessoal, nem qualquer outra restrição da liberdade pessoal, a não ser motivada pela ação da autoridade judiciária e somente nos casos e modos previstos da lei... É punida cada violência física e moral contra as pessoas e submetê-las à restrição da liberdade.

O Comitê Central da Federação Nacional da Ordem dos Médicos Cirurgiões e Odontólogos da Itália produziu, em março de 2007, o seguinte juramento médico:

Consciente da importância e da solenidade do ato que faço e do compromisso que assumo, juro: ...buscar a defesa da vida, a tutela da saúde física e psíquica do homem e o alívio do sofrimento, em que me inspirarei com responsabilidade e constante compromisso científico, cultural e social, todo meu ato profissional; ...de promover a aliança terapêutica com o paciente fundada sobre a confiança e sobre a recíproca informação, no respeito e partilha dos princípios nos quais se inspira a arte médica.

Resulta particularmente interessante a Sentença da Corte de Cassação (O Supremo Tribunal) da Itália do dia 17/10/1990 sobre o “Direito à liberdade de movimento”.

A sentença tem origem na linha defensiva de alguns profissionais da saúde que, para justificar a contenção física dos pacientes, afirmavam que as consequências psicológicas sobre eles eram inexistentes, quando se tratava de pacientes com graves alterações de consciência. Mas o Supremo Tribunal, para contrariar a tentativa de legitimar os atos coercitivos, nos casos em que o estado mental do paciente não perceba a privação da liberdade, assim se exprime:

Os fins da configuração de crime de sequestro da pessoa deve prescindir-se da existência no ofendido de uma capacidade volitiva de movimento e instintiva de percepção da privação da liberdade, portanto [se configura neste caso] o delito também contra os enfermos de mente e de paráliticos (SUPREMO TRIBUNAL, 17/10/90).

O Supremo Tribunal tem evidenciado que a pessoa deve considerar-se livre, não somente quando é consciente disso, mas também é independente disso. Cada coerção que limite o corpo da pessoa à possibilidade de movimento no espaço deve ser considerada um crime.

Também quando quisermos prescindir das intervenções legislativas, operadas pelas diferentes nações, é necessário ressaltar que existem princípios e normas, em nível internacional, suficientemente claros, nos quais os profissionais da área de saúde deveriam se inspirar.

Não se considere pleonástico, por exemplo, nos referirmos ao “Juramento de Hipócrates”, que ainda hoje constitui para muitos países uma referência ética da profissão médica. Em alguns países, continua a ser um verdadeiro juramento formulado pelos profissionais de saúde no momento da admissão da profissão. Nele se enuncia:

Juro... que seguirei, segundo as forças e o meu julgamento, este juramento e este compromisso escrito: ...regularéi toda a minha vida para o bem dos doentes segundo as minhas forças e o meu julgamento; me absteréi de causar danos e ofensas... me absteréi de toda ofensa e dano voluntário, como também de cada ação corruptora sobre o corpo das mulheres e dos homens, livres e escravos (...) (HIPÓCRATES, S/D).

A Declaração Universal dos Direitos Humanos, lavrada pela Assembleia Geral das Nações Unidas, no dia 10 dezembro de 1948, declara, em seu artigo n.5: “Nenhum indivíduo poderá ser submetido a tratamento ou punições cruéis, inumanas ou degradantes”.

A Convenção da ONU sobre o “direito das pessoas com deficiência”, do dia 13 dezembro de 2006, no artigo 14, no assunto “Liberdade e segurança da pessoa”, declara:

Os Estados Membros devem garantir que as pessoas com deficiência, em base de igualdade com os outros... não sejam privadas da própria liberdade de forma ilegal ou arbitrária, que qualquer privação da liberdade deve ser segundo a lei e que a existência de uma deficiência em nenhum caso deverá

justificar a privação da liberdade (ONU, 2006).

O artigo 15, que se refere ao “Direito de não ser submetido a torturas e a penas ou tratamentos cruéis, desumanos ou degradantes”, diz: “Nenhuma pessoa será submetida a torturas, a penas ou a tratamentos cruéis, inumanos ou degradantes. De modo especial, ninguém será submetido sem o próprio livre consentimento a experimentações médicas ou científicas”. O artigo 16, no mérito ao direito de não ser submetido à exploração, violência e abusos, solicita dos Estados Membros que tomem

também todas as medidas apropriadas para impedir toda forma de exploração, de violência e de abuso, assegurando, entre outras, formas apropriadas de assistência e sustento idôneas ao gênero e à idade, beneficiando as pessoas com deficiência, as famílias delas e quem toma conta delas (...).

A fim de prevenir toda forma de exploração, violência e abuso, os Estados Membros deverão assegurar que todas as estruturas e os programas destinados ao serviço das pessoas com deficiência sejam efetivamente controlados por autoridades independentes (ONU, 2006).

Enfim, o artigo 17, que se refere à “Proteção da integridade da pessoa”, declara: “Todas as pessoas com deficiência têm direito ao respeito da própria integridade física e mental, na base da igualdade com os outros.”

Parece-me que as normas aqui enunciadas excluem, claramente, um poder da disciplina médica que possa se subtrair ao controle dos princípios jurídicos universais. Em definitivo, o psiquiatra nunca poderá assumir uma função autônoma de “controle social disciplinar”, mesmo que alguns setores do Estado a peçam. Cada intervenção sobre a liberdade da pessoa é absolutamente exclusiva das instituições primariamente responsáveis pelo controle social (órgãos da polícia controlados pela Magistratura).

A LITERATURA

A dialética entre contenção e não contenção é um argumento que, no passado, já foi tema de um forte debate no interior do mundo psiquiátrico. Um dos pontos de referência mais importante é, certamente, a experiência inglesa, que, no começo de 1800, constitui instituições abertas – “*non restraint open door system*”. Essa é uma experiência que, ainda hoje, mantém intacto um grande valor científico.

O sistema de não contenção física, precisamente, nasceu em 1796, com a experiência do “Retiro de York” para a comunidade local dos Quaker. O retiro nasce depois da trágica morte de uma mulher dessa comunidade que, devido a um fato de melancolia, tinha sido submetida a maus tratos físicos durante sua internação no Lunatic Asylum do condado.

A comunidade, a partir daquele momento, decidiu “administrar” a doença psíquica dos seus membros respeitando o vínculo de estima e de confiança que caracterizava as relações “habituais”. Nasceu, conseqüentemente, uma forma de hospitalização aberta, administrada com forte espírito solidário, e William Tuke, que se inspirava na obra de Pinel, foi chamado para dirigi-la. O método da *open door* foi adotado em 1835 também pela “Casa Lincoln”, na homônima localidade, e R. Gardiner Hill foi o responsável.

Mas foi, sobretudo, a experiência do Asylum de Hanwell que, naqueles anos, acendeu o debate na Grã-Bretanha sobre a possibilidade de instituições “abertas” na gestão da crise psiquiátrica. John Conolly publicou “*The Treatment of the Insane without mechanical restraints*” em 1856: uma documentada e apaixonada descrição dos métodos abertos, respeitosos aos pacientes e altamente eficazes. Todavia, as dinâmicas de “poder disciplinar” no interior da Psiquiatria levarão ao abandono do *non restraint*, em favor de tratamentos menos desafiantes. Porém permanece o valor indiscutível daquela experiência. A prática de John Conolly, em uma época pré-farmacológica, coloca seriamente em discussão o valor absoluto atribuído frequentemente aos psicofármacos para resolver os distúrbios psíquicos (e isso, naturalmente, não significa que os psicofármacos não constituam um valioso instrumento terapêutico!).

Além desses significativos referimentos históricos, citarei somente dois testemunhos na linha do *non restraint*: o primeiro se refere a uma avaliação institucional pública, e o segundo, a um estudo de caráter científico.

No primeiro caso, refiro-me a um relatório que suscitou certo escândalo: o do Senado da Califórnia (MILDRED, 2002), intitulado “*Isolamento e contenção, uma derrota, não um tratamento*”, em cujas conclusões afirmam-se claramente:

- Essas medidas [de contenção] não aliviam o sofrimento humano ou os sintomas psiquiátricos e, frequentemente, causam danos aos pacientes e à equipe, traumas emocionais e morte... a tentativa de impor o tratamento com a força sempre foi contraproducente, promove humilhação, ressentimento e resistência aos próximos tratamentos que poderiam ser mais profícuos (...);
- A contenção e o isolamento não têm valor terapêutico nem são considerados tratamentos, mas intervenções perigosas. Quando alguém morre, as causas de morte são frequentemente violentas: asfixia, estrangulamento, parada cardíaca, incêndio ou inalação de fumaça, alta dosagem farmacológica, interação farmacológica e choque. Esses são os nossos cidadãos mais vulneráveis. A partir do momento em que frequentemente são mantidos contra a vontade deles, como se fosse para o seu bem-estar, cabe ao Estado protegê-los de toda injúria, trauma, abuso;
- Na prática, o isolamento e as contenções, várias vezes, são impostos aos pacientes por razões que não têm nada de terapêutico: limitar seus movimentos por compensar um número inadequado de profissionais no bloco ou evitar intervenções clínicas apropriadas; forçar o paciente a corresponder aos desejos da equipe; impor punições aos

comportamentos do paciente (MILDRED, 2002, p.1-24).

Particularmente interessante é o estudo que Elyn R. Saks apresenta em seu livro *“Refusing care: forced treatment and the rights of the mentally ill”*. No longo e atento exame dos casos de contenção que são expostos pela autora nesta pesquisa, ela mostra que, quanto mais é apresentado como uma intervenção para o interesse do paciente, é ao invés inequivocamente uma resposta às exigências da instituição. Um dos aspectos mais significativos do livro é o implícito argumento de que a humanidade e a dignidade das pessoas com problemas mentais têm que estar sempre no centro do sistema de saúde mental e direcionar a construção das nossas decisões referentes ao *“care”* e ao tratamento. Elyn R. Saks examina os problemas levantados pelo tratamento obrigatório em três contextos - nos casos de *“civil commitment”* (TSO), durante o tratamento médico e no isolamento e na contenção. Saks argumenta que o melhor modo de resolver cada um desses problemas é, paradoxalmente, ser garantida a autonomia individual e ser mais paternalista do que pede a atual legislação. Ao mesmo tempo em que propõe uma relaxação nos padrões da contenção, durante o primeiro Tratamento Sanitário Obrigatório, pede a proibição sucessiva de toda a contenção mecânica. A autora põe em discussão o famoso *“one-shot-rule”*, que daria aos médicos certa liberdade de agir durante a primeira crise psicótica, enquanto o paciente aprenderia, depois disso, como se orientar positivamente em uma nova situação de reduzida capacidade de decidir e no meio de um episódio psicótico. Saks postula que se deve desenvolver, desde já, uma relação de confiança entre o médico e o paciente e que os indivíduos devem melhorar a autoestima. O paciente de fato terá condição de atingir a cura quanto mais sentir que tem o controle da situação. Considerando o extremo preconceito contra a doença mental presente nos Estados Unidos, Saks propõe padrões de tratamento que, possivelmente, podem ser aplicados igualmente aos sãos e aos doentes. No começo do livro, ela apresenta ao leitor um importante princípio:

Sempre — para não contribuir com a marginalização e com a condenação — eu me pergunto se a doença mental tem que ser enfrentada de modo diferente em respeito à doença não mental e se a resposta for positiva, por quê? Recomendo, portanto, padrões de tratamento que, se forem pertinentes, podem ser aplicados tanto aos não doentes quanto aos doentes (SAKS, 2002).

OS PROTOCOLOS E O ESTADO DE NECESSIDADE

A retenção forçada, frequentemente, causa severos danos aos pacientes e, principalmente, é expressão evidente de um abuso. São os paramédicos ou assistentes que, durante as noites, decidem autonomamente amarrar ao leito alguns pacientes psiquiátricos ou alguns idosos dementes, por acreditar que o movimento deles pode provocar danos a si mesmos ou aos outros. Trata-se de uma prática absolutamente criticável, mas que corresponde ao estado de dificuldade ao qual são expostos tais profissionais, porquanto, em muitas situações, esses profissionais são numericamente insuficientes, tecnicamente não formados e indicados como bodes expiatórios para cada acidente que ocorra com os pacientes. Nesses casos, cria-se uma implícita cumplicidade entre os médicos e os paramédicos. Estes últimos evitarão que alguns problemas sejam expostos à equipe médica, especialmente durante a noite, e, em troca, terão “carta branca” para administrar toda situação difícil.

Alguns pensam, então, que o problema da retenção consista unicamente em estabelecer uma lista de regras para torná-la a mais segura possível. Para tal fim, nos blocos hospitalares de internação, preenchem-se protocolos e procedimentos de contenção, nos quais se evidencia a necessidade de que a retenção seja “prescrita” por um médico e, de modo especial, que seja prescrita através de um documento escrito; definem-se as técnicas para imobilizar um paciente agitado, a prioridade das partes do corpo que serão bloqueadas e amarradas, o tipo de meios de contenção a ser empregado, a duração da contenção, as características da cela de isolamento e elenca-se tudo o que pode constituir um potencial perigo, entre

outras ações. Também se sublinha a exigência de monitorar a respiração, os batimentos cardíacos e a pressão do sangue do paciente, define-se o número de enfermeiros que devem estar presentes nas situações de emergência e se recomenda o uso da contenção o menos possível e só em caso de necessidade.

A definição de tais procedimentos é, sem dúvida, um passo à frente, se comparada com as situações de abuso que são mantidas escondidas, e pode ajudar indiretamente a fazer emergir a existência de um grave problema institucional. Mas, quando isso acontece, a razão permanece, sobretudo, na intenção da equipe de saúde de querer se tutelar contra toda causa legal que poderia ser movida pelos familiares, em caso de eventuais acidentes (quedas, ferimentos e mortes de pacientes). É um exemplo, entre tantos, a famosa “medicina defensiva” que, mais do que defender os interesses dos pacientes, procura defender, prioritariamente, os interesses do pessoal de saúde. Nesses protocolos, entre as razões da intervenção, quase sempre, preveem-se, ameaçadoramente, as consequências negativas que podem trazer o uso da “camisa de força farmacológica” que, em alternativa, poderia ser adaptada.

Acredito, todavia, que, apesar de toda a boa intenção, tais protocolos são completamente mistificadores e inúteis. Por quê? Simplesmente, por causa dos princípios que deveriam regular cada tratamento médico e, de modo especial, o psiquiátrico. Esses princípios são resumíveis nas seguintes definições:

- Amarrar nunca é um ato terapêutico;
- A coerção física é admissível somente na presença de perigo de vida (condição de urgência e estado de necessidade);
- Não é admissível uma coerção programada, em via preventiva (através de uma coerção mecânica).

Já contestei, neste capítulo, a mistificação da utilização do termo psicanalítico “*holding*” e de evidenciar como a violação de uma norma jurídica não pode encontrar nenhum espaço no âmbito do conceito de terapia ou de ciência. Sem exagerar, finalizando o argumento, gostaria de lembrar como os médicos do III Reich

justificavam, em nome da Ciência, todos os experimentos delirantes nos campos de extermínio.

De outro lado, querendo permanecer no real, não é possível negar que existam situações em que o médico tem que intervir, com uma coerção física sobre um paciente agitado. Como exemplo, temos os casos de “agitação psicomotora” ou de “agressividade contra si e os outros”, que acontecem nos blocos psiquiátricos e para os quais precisa encontrar soluções. Como corretamente apontam Grassi e Ramacciotti (Fogli di Informazione, 2004):

Existem situações nas quais é permitido, ou melhor, é necessário intervir sobre uma pessoa usando uma força física, naturalmente limitada. A coerção física pode ser usada em um confronto direto com o paciente, com a intenção de superar a crise psiquiátrica, mas – é preciso evidenciar – reconhecendo a subjetividade dele, os seus direitos e necessidades, embora expressados com modalidade violenta e espasmódica. Essa contenção deve ser temporária, no tratamento terapêutico, e não, um fim em si mesmo, ao contrário, deve ser uma premissa para verdadeiras intervenções médicas imediatamente sucessivas (GRASSI; RAMACCIOTTI, 2004, p.59).

A partir de uma visão legalista, essa coerção, teoricamente susceptível de ser considerada um crime, entra em uma exigência de comportamento mais geral, que prescinde de todo o contexto específico (a disciplina psiquiátrica) e é claramente ligada “ao estado de necessidade”. Essa condição é prevista pelo Código Penal Italiano e regulamentada pelo art. 54. Sem considerar que, se o paciente tem um comportamento agressivo contra a equipe de saúde, pode-se apelar, sem dúvida, para a norma que regulamenta a legítima defesa. De outro lado, os profissionais de saúde não poderiam prescindir da necessidade de uma intervenção, senão cairiam na omissão de socorro.

Um ponto controverso poderia ser a legitimidade do uso da

força no tratamento coercitivo para alcançar a cura, que é legitimado pela instância do tratamento sanitário obrigatório. Todavia são muitos os magistrados que contestam a possibilidade de qualquer modalidade de coerção com a recusa do paciente: na opinião deles, no imediato, na impossibilidade de uma subministração farmacológica, já se faz necessário a exigência de tratamento com a simples permanência do paciente no hospital.

Enfim, é evidente a relevante diferença entre uma limitação física, durante uma sedação farmacológica (que, em alguns casos, pode acontecer em colaboração com a polícia) e uma limitação programada pelo psiquiatra e que utilize um instrumento mecânico: nesse caso, provoca-se uma imobilização forçada da pessoa por um período de tempo que vai além do tempo limitado em que se configura um estado de necessidade (infelizmente os costumes testemunham dias, meses de contenção). Essa consideração evidencia a ilegalidade de todas “as contenções mecânicas” – sejam as obtidas por meios especiais como a camisa de força, sejam aquelas em que se usam cintos para amarrar no leito as articulações ou o corpo dos pacientes, sejam aquelas obtidas através de dosagem “não terapêuticas” dos fármacos. Nessas condições – é óbvio – a violência contra o paciente não é de breve duração e não pode ser comparada com a que é necessária para deixar o paciente mais tranquilo e poder administrar um fármaco.

Todas essas considerações demonstram que, racionalmente, o tema da contenção não comporta - *sensu stricto* - a necessidade de protocolos ou de procedimentos. A normativa existente, que se refere aos “sãos”, pode e deve, simplesmente, aplicar-se também aos loucos. Não estamos diante de um “*vacuum normativo*”, que deve ser preenchido com novos procedimentos. Naturalmente, os protocolos, em respeito às normativas existentes, podem detalhar melhor as ações a serem empreendidas e terem uma justificativa própria, se permitem abrir reflexões críticas sobre o argumento e se querem alcançar um consentimento pelo paciente.

RESPONSABILIDADE E COMPETÊNCIA PROFISSIONAL

Vale a pena considerar o paradoxo que se manifesta, habitualmente,

quando um paciente está agitado na atribuição de responsabilidade no uso de meios coercitivos entre as pessoas comuns e a equipe de Psiquiatria. No primeiro caso, justamente sanciona-se negativamente tal comportamento – a menos que não seja justificado, como vimos, pelo estado de necessidade. No segundo caso, existe uma implícita aceitação do uso da força por parte do pessoal de saúde. O paradoxo é muito mais evidente se considerar que as pessoas comuns poderiam se justificar citando uma despreparação para enfrentar situações excepcionais. Mas, certamente, esse não é o caso de profissionais cujo trabalho é de fato serem *expert na* comunicação e serem sujeitos competentes ao se confrontarem com situações difíceis: se o profissional de saúde age com um paciente com as mesmas modalidades de um padeiro ou açougueiro, em que consiste então o seu profissionalismo?

A contenção é o ato de rendição da capacidade de cura dos terapeutas; é a perda da confiança neles mesmos, em sua capacidade de resolverem as situações difíceis. Além de ser ilegal, demonstra incompetência técnica e organizativa da unidade de saúde que a pratica. Certamente, cuidar de uma pessoa doente requer tempo, um número de profissionais adequados e preparados. É evidente que, em termos brutos, uma corda para conter no leito ou o uso de uma cela forte custam para a instituição muito menos do que uma intervenção de não contenção. Mas a qualidade profissional de um operador psiquiátrico está propriamente na capacidade técnica de persuadir uma “pessoa difícil” que rejeita o tratamento; baseia-se na capacidade profissional de “penetrar” o delírio do louco, de conseguir conquistar a sua confiança, de criar uma aliança terapêutica. Como os bons profissionais sabem, para alcançar isso, não precisa ter pressa, mas se preocupar com os “tempos do paciente” mais do que com os tempos da instituição; precisa saber como tratar, escutar o ponto de vista do paciente e saber que uma forte agitação torna mais difícil uma compreensão normal, partir do pressuposto de que as motivações dos pacientes têm uma importância específica. Uma forte negociação, feita sem manipulações, com clareza e com respeito ao outro, leva sempre (evidencio: sempre!) a vários resultados positivos, embora demande tempo. Em cada caso, a experiência demonstra que,

sem perder a atenção, pode-se acreditar que a exigência de coerção física diminui progressivamente quanto mais longo se mantém aberto um diálogo com o paciente. E tudo isso vale mesmo se ele estiver em condições de internação obrigatória. Diria, com certeza, que, nesse caso, a equipe de saúde tem que recuperar um vazio de credibilidade, determinado pelo percurso dos enganos, não necessariamente provocado por ela mesma, mas que acompanha sempre esse tipo de internação, como esclareceu Erving Goffman.

É evidente que o problema da contenção não se refere somente aos casos específicos, como por exemplo, a particular disposição interior do profissional, mas tem ligação, sobretudo, com o clima mais global de intervenção e com as escolhas e as imposições terapêuticas da equipe médica. Esse problema baseia-se, de forma mais complexa, no paradigma do conceito de tratamento. Em várias ocasiões, mostrei como esse conceito é circunscrito entre dois diferentes paradigmas:

- o “*cure*”: o paradigma do tratamento e da estabilização, que trata a *disease*;
- o “*care*”: o paradigma do tomar conta e do desenvolvimento do potencial do sujeito, que trata a *illness* e a *sickness*.

O “*cure*” se centra na abordagem médica no diagnóstico; prefere os parâmetros clínicos; persegue basicamente a resolução dos sintomas; procura adaptar o sujeito no contexto social; tende a abolir da relação médico/paciente toda a subjetividade, considerando-a fonte de erro; provoca “cronicidade” pela separação entre os resultados contraditórios obtidos e as expectativas ideológicas de cura (demais elevadas).

O “*care*” representa, simbolicamente, o “cuidar”, aquela experiência significativa na história existencial e psicológica dos usuários, frequentemente negada pelas instituições e pela sociedade que não consegue “incluir” as pessoas com deficiências; é uma condição relacional, fundada na “escuta” e na “empatia” dos níveis emocionais e motivacionais do paciente; não é intrometido ou impositivo; ati-va os recursos do contexto.

A GESTÃO DA REJEIÇÃO AO TRATAMENTO

Procuramos, antes de tudo, esclarecer o que significa a rejeição ao tratamento que alguns pacientes apresentam e levam para algumas situações de contenção forçadas.

Cada pessoa, em geral, procura lutar contra ou se adaptar a situações desagradáveis para sobreviver: a rejeição pode ser uma ação defensiva à qual o paciente recorre para se proteger.

Os fatores defensivos mais recorrentes, adotados pelo paciente, podem ser lidos como:

1. Uma oposição ao terapeuta: o operador pode ser visto (mas pode sê-lo realmente!) como antipático, incompetente, autoritário;
2. Uma negação da doença: o paciente nega que o seu sofrimento seja uma doença e que, como tal, seja tratada;
3. Uma negação da realidade: trata-se de um mecanismo defensivo, para atenuar a dor que a percepção da própria mudança provoca no paciente. A negação de mudança é acompanhada da “projeção”, da tendência, isto é, de atribuir aos outros a responsabilidade do que está acontecendo;
4. Um medo de pedir socorro: se perceber necessitado de ajuda gera a angústia de se tornar dependente, e isso corresponde a perder o sentimento de uma identidade própria separada;
5. Um delírio: é uma atividade cognitiva elaborada e complexa que consente ao paciente dar um significado às experiências incompreensíveis. Através disso, o paciente tenta achar uma nova imagem do mundo e construir um sentido para os fenômenos que acontecem ao redor dele. Frequentemente é uma tentativa de curar a ferida narcisista vinculada ao sentimento de incapacidade em consequência das respostas desvalorizadas dos outros;
6. Um medo de receber novas decepções traumáticas: o paciente não consegue confiar no terapeuta ou entregar-se a ele. A percepção do eu se constitui precocemente na relação entre o eu infantil e os cuidados maternos. Quando as frustrações são excessivas, o eu infantil não consegue alcançar aquelas

- funções elementares (autoestima, tolerância à frustração, controle dos impulsos) que concorrem para a formação de uma identidade coesa. Os pacientes que vivem com um falso eu têm dificuldade de estabelecer alianças autênticas;
7. Uma simbiose patológica: a falta de colaboração pode esconder a tentativa de demonstrar a si mesmo que é capaz de ter autonomia e independência. A necessidade nasce da vontade inconsciente de não repetir, também, com o terapeuta a sofrida ligação simbiótica com a figura parental (conflito entre necessidade e medo);
 8. Incapacidade de tolerar os estímulos: a rejeição inscreve-se na oposição às relações, vividas como contínuas ameaças: os estímulos não são toleráveis porque desorganizam a mente e o comportamento. Os sintomas negativos (afastamento social, nivelamento afetivo) não são (ou não são somente) expressão de deterioração, mas representam estratégias defensivas para “não cair em pedaços”;
 9. Uma oposição à mudança: a oposição tenaz representa a única forma de criatividade permitida ao paciente, porque mudar, para ele, é uma ameaça dramática. Não tendo um sentimento de si suficientemente positivo e seguro, para enfrentar a mudança provocada pela terapia, o paciente pensa que a única solução é a oposição.

Enfim, quais são as estratégias para a gestão da rejeição no âmbito do paradigma do tratamento? São a utilização de atividades repressivas, o isolamento do paciente, o uso imediato de fármacos, a formulação de um projeto terapêutico, no qual o terapeuta antepõe a própria visão das coisas àquela do paciente. Os riscos desse tipo de intervenção são os seguintes:

- O risco de controle: o terapeuta desenvolve instâncias de controle sobre o paciente que não colabora;
- O risco de impulsividade: o terapeuta descarrega a própria apreensão adotando, de imediato, qualquer forma de intervenção;
- O risco de abandono: o paciente que rejeita o tratamento é esquecido.

- Quais são, ao invés, as estratégias para a gestão da rejeição no âmbito do paradigma do tomar conta do paciente?
- As ações, nesse caso, consistem em:
- Conhecer a história: dispor de informações significativas (qual é a ameaça de que o paciente quer se proteger com a sua atitude de não colaborar? Tem medo de perder a autoestima: de experimentar novas desilusões traumáticas ou de não poder suportar qualquer estímulo?) e formular uma hipótese da dinâmica sobre a qual se funda a rejeição (muitos pacientes são tidos como não colaboradores por falta de uma avaliação inicial apropriada);
- Adotar uma aproximação pedagógica: o terapeuta não deve se apavorar nem ter pressa excessiva e é contraproducente iniciar com os fármacos. Na relação direta, cara a cara, precisa evitar todo moralismo, sermões, aproximações inadequadas, porque tudo isso conduz às partes falsamente adultas e maduras, mas sem nenhuma consistência;
- Procurar a aliança terapêutica: capturar afetivamente o paciente, surpreendendo-o, estimulando a curiosidade sem apavorá-lo;
- Partir da perspectiva subjetiva do paciente ao formular o projeto terapêutico;
- Ter um sentimento saudável do perigo e dos próprios limites.

OS EFEITOS DAS PRÁTICAS DE RESTRAINT SOBRE OS PACIENTES E SOBRE OS TERAPEUTAS

Perguntamo-nos por que, no sistema de saúde, o respeito à personalidade do doente é percebido mais como um limite da eficácia terapêutica do que o fim mesmo da intervenção terapêutica. Pensando bem, a finalidade do tratamento deveria apenas ser totalmente centrada no respeito à personalidade do paciente

É a preservação e a recuperação da capacidade de exercer e gozar dos direitos da personalidade: capacidade de perceber o sentido da própria dignidade, do próprio pudor, da própria intimidade,

da capacidade de interessar-se e de informar-se, da capacidade de formar e manifestar opiniões, da capacidade de perceber as relações de grupo e participar, da capacidade de conhecer o ambiente material e de ter a possibilidade de se mover livremente nele (ZATTI, 1986).

Com a contenção e o isolamento das portas fechadas, induzimos, no paciente, uma representação de tipo naturalístico de suas raivas, ansiedades, medos, que seriam completamente inevitáveis e incontroláveis; em síntese, é como se fosse natural a incapacidade de gerir as próprias emoções e pulsões.

A situação da crise psiquiátrica, mais que uma situação de relevante agressividade, deveria ser entendida como uma situação em que o exercício da liberdade do paciente é dificilmente exprimível. Portanto, deve ser missão específica do “serviço” o de ajudar a pessoa a praticar o exercício de liberdade próprio nas situações mais problemáticas (isso deveria ser, por exemplo, um dos motivos fundantes do tratamento sanitário obrigatório). A meta geral de um Serviço de Saúde Mental é de ajudar o paciente a “melhorar”, do ponto de vista clínico, mas também na prática dos direitos de cidadania e no exercício da própria contratualidade social.

O “consentimento informado” constitui uma ferramenta sobremaneira eficaz para alcançar tal objetivo, porque permite que o ato terapêutico procure, preliminarmente, o consentimento do paciente. O consentimento responsabiliza os médicos a responderem ao interesse do paciente e requer que ele receba informação correta, como também justifica o exercício de seu controle sobre procedimentos médicos.

Como já foi esclarecido, quando os terapeutas usam a contenção, constitui-se uma barreira relacional, que reforça os estereótipos de periculosidade e é prejudicial aos direitos dos pacientes; oferece também um sinal de pouco profissionalismo dos terapeutas.

Um dos problemas centrais deles é, sem dúvida, o exercício do “poder” e a emoção primitiva contida nas relações de ajuda que se dirigem às pessoas em estado de necessidade. Isso pode provocar

uma condição de ansiedade individual, que repercute no cotidiano dos serviços. Mas também é o imperativo de preservar prioritariamente a vida do paciente que corre o risco de ofuscar o objetivo, não menos relevante, de garantir uma qualidade digna da sua vida. Porém pode acontecer o contrário: uma defesa contra o sentimento de fracasso, de ineficácia e de inutilidade de uma profissão, não sempre fácil de sustentar, pode levar o profissional a transformar o imperativo da terapia em uma atitude acriticamente aceita.

Todas essas dificuldades individuais podem ser a origem de comportamentos autoritários e sádicos projetados contra o paciente e se manifestar através de outros dois “pecados” capitais dos operadores socio sanitários – o paternalismo e a institucionalização.

O paternalismo, para aqueles que se encontram em condições de reduzida contratualidade social, é uma modalidade “violenta” de intervenção socio sanitária. Essa atitude pode provocar graves efeitos psicológicos negativos. A institucionalização é outra ambígua violência do pessoal de saúde, que declara querer restaurar a autonomia do paciente, mas, ao mesmo tempo, exige a conformação acrítica deles às regras da organização. A característica central da institucionalização é a perda da responsabilidade do paciente (definida também como perda de contratualidade social ou de poder).

Quanto ao fenômeno de *burn-out* dos terapeutas, a experiência evidencia que a capacidade do tratamento não está somente nos elementos que compõem o sistema, mas também naqueles processos dinâmicos de trabalho que produzem e mantêm o reconhecimento individual, a ligação e a identificação positiva dos operadores. O “bem-estar” dos operadores reflete, essencialmente, as possibilidades de se identificar com um processo partilhado que, visivelmente, produz a saúde dos pacientes: esse é um processo que motiva os operadores e que se reflete nas estratégias operativas. Em um bloco “*open door, non restraint*”, normalmente não existem casos de *burn out*.

AS BOAS PRÁTICAS

Como exemplo de boas práticas, trago algumas partes do Ato de Fundação da Associação “*Club Servizi Psichiatrici di Diagnosi e Cura*

Aperti - No Restraint”, constituída na Itália, no ano de 2008, que compreende 20 Departamentos de Saúde Mental, que operam há muitos anos, sem recorrer à contenção e mantendo abertas as portas das enfermarias hospitalares. Os princípios inspiradores dessa associação são:

o respeito à dignidade da pessoa, que sempre (também na fase aguda de sofrimento) é reconhecida como portadora de direitos;

- a abolição de qualquer prática de violência, uma vez que toda coerção violenta não pode encontrar nenhuma justificação terapêutica;
- a difusão de práxis operativas e organizativas de boa qualidade e a sua implementação, adotando objetivos de incentivo econômico;
- a avaliação periódica de qualidade das enfermarias psiquiátricas hospitalares sobre a base de uma pontuação que tenha presente a ausência de toda contenção e de todo fechamento de portas.

O documento define como instância terapêutica a construção de relações empáticas com o paciente também nas situações mais difíceis. Reconhece, como indicador de tal processo, a quantidade de tempo dedicado ao paciente, especialmente na fase inicial da crise. Esclarece que a assistência aos pacientes tem que ser personalizada (“dialética dos percursos”) de modo a absorver qualquer exigência de controle dentro de um projeto assistencial e de permitir certa margem de “flexibilidade transgressiva”. Todos esses esforços visam tornar o paciente sempre protagonista de seu tratamento.

Entende-se como “bom governo” a criação de um clima de serenidade e de tranquilidade no interior do serviço, para favorecer intervenções espontâneas de saúde, na cotidianidade dos gestos e dos comportamentos. A respeito do tema da segurança, é necessário considerar que os comportamentos coercitivos e violentos provocam reação nos pacientes e determinam um espiral de “violência” e de insegurança. Só um clima inspirado na compreensão, na tolerância e na flexibilidade nas relações com o paciente em crise

garante a segurança efetiva da organização.

A experiência demonstra como uma gestão não violenta e não coercitiva nas enfermarias hospitalares adquire uma conotação preventiva, diminui o estigma negativo e muda a cultura da periculosidade. Um contexto fechado, onde se exercitam coerções e violência, produz “contaminação ideológica” e dá ao paciente uma conotação de pessoa propensa a se marginalizar. Nessa direção, o documento fala expressamente da exigência de promover uma nova cultura dos “serviços”. Se, de fato, em um serviço de saúde mental, não existem mais lugares de segregação dos pacientes, atavam-se os mecanismos de aproximação necessariamente positivos também em relação aos pacientes “difíceis”.

Enfim, o documento evidencia que a ação de subordinar instâncias éticas a presumidas instâncias de controle não somente antagoniza com o direito como também torna vã toda intervenção terapêutica, para a qual é necessária, sobretudo, a coparticipação do paciente e a partilha. É experiência comum constatar como os remédios têm uma ótima eficácia terapêutica, se utilizados no interior de um projeto partilhado com o paciente e no qual o interessado receba todas as informações necessárias. A coerção impede a criação de uma “aliança” terapêutica entre o paciente e o terapeuta, indispensável para o tratamento.

O documento considera importante detalhar os aspectos e as medidas operacionais a serem adotadas. Sugere-se, por exemplo, que, para conseguir o objetivo da *open door*, em uma enfermaria psiquiátrica, planeje-se, em uma primeira fase, a presença de um operador perto da porta de entrada, que deveria permanecer aberta. A tarefa desse profissional deveria ser de dialogar com os pacientes que pedem para sair. Em uma segunda fase, o conhecimento da história de vida do paciente por parte dos profissionais deveria facilitar a mudança de perspectiva da intervenção do controle para a relação, e a ação deveria nascer das relações personalizadas que surgiram.

Os que assinaram o documento evidenciaram como é absolutamente necessária uma estreita integração, funcional e organizativa, entre o hospital e o território, a fim de favorecer o protagonismo e

o processo terapêutico dos pacientes. A enfermagem hospitalar, de fato, segundo eles, deveria ser “um espaço do território” que tem seu foco na saúde mental da comunidade.

O documento aponta a necessidade de limitar o número de leitos na unidade hospitalar de internação, de ter recursos adequados e de favorecer um clima de boa acolhida, gentileza, serenidade, flexibilidade. Sobre as modalidades das relações no interior das enfermarias, também incidirá, evidentemente, a existência de serviços adequados de ‘meia residência’ e de ‘residência psiquiátrica’ no território, além da integração com outras instituições sociais e de saúde.

A seguir, enfatizo mais algumas passagens desse documento e acrescento algumas sugestões.

É fundamental que o modelo organizativo do Serviço de Saúde Mental seja pensado sobre o eixo da continuidade terapêutica: os profissionais do CSM (CAPS) devem ser sempre os referentes do projeto terapêutico, em qualquer contexto em que se encontre o paciente; o local da internação hospitalar não pode se constituir como um terminal, mas somente uma etapa de um projeto global, e a equipe do CAPS deverá ser envolvida ativamente também na fase da internação. Penso que seja importante sugerir uma modalidade de rotatividade da equipe sanitária: periodicamente, os profissionais do CAPS poderão trabalhar nas enfermarias hospitalares e vice-versa (experiência realizada em Imola). Em alguns contextos (Trieste), os médicos de plantão nas enfermarias hospitalares de pronto-socorro 24 horas são os mesmos do CSM (CAPS): os pacientes são logo direcionados pelo pronto-socorro hospitalar para os CSM de referência. Em outros contextos (Estocolmo), para cada internação involuntária no hospital, é prevista a presença, durante 24 horas, de uma figura voluntária externa aos serviços, que ajuda o paciente a manter as relações com o externo (os dados documentam uma dramática diminuição de contenção em presença de uma pessoa “externa” em um bloco hospitalar). Na experiência do “hospital tenda”, implementada na Toscana, não é prevista uma organização hospitalar estável: somente na ocasião do internamento, uma parte do pessoal do CSM (CAPS) se constitui como staff

hospitalar, utilizando os quartos de hospital colocados à disposição por um bloco de medicina (ou de geriatria etc.).

A contenção ou a liberdade são “a prova de fogo” da ideia que os profissionais têm da relação terapêutica. Penso que os seus pressupostos são baseados:

- na consciência de encontrar uma pessoa (com a própria história não repetível) e não estar na frente de uma diagnose;
- no compartilhamento do desafio que é inerente a qualquer projeto terapêutico;
- na capacidade de escutar;
- na capacidade criativa (a relação terapêutica é uma arte);
- na reciprocidade: não existe uma relação terapêutica que não transforme criticamente também o terapeuta;
- na capacidade de tornar ativo o paciente e de melhorar sua autoestima;
- na capacidade de fazer compreender que se pode sair da ansiedade, da confusão e da incerteza também nos momentos mais difíceis, sem esconder ou isolar esses momentos;
- na capacidade de fazer entender a transitoriedade, a não irreversibilidade das experiências mais terríveis.

As características estruturais dos locais de internação devem representar acolhimento e respeito: os espaços devem respeitar a privacidade dos pacientes e dos seus familiares, espaços comuns bem mobiliados e dignos e sem grades nas janelas. O bloco deve estar integrado na estrutura do hospital geral e corresponder às necessidades de movimento e de relação dos pacientes (espaços verdes, estrutura no térreo, com uma entrada independente). É inconteste o dado segundo o qual os serviços hospitalares de tratamento, desde a inauguração, tenham as portas abertas; a cultura do *open door* tem que ser estabelecida logo, sem nenhuma incerteza nem pesar.

Particularmente, deve-se prestar atenção à formação dos profissionais. Para isso, é necessário:

- motivar os operadores a se “trabalharem” para desenvolver consciências emocionais e cognitivas;
- pôr em prática estratégias de intervenção, para que a angústia presente em certas situações não perturbe sua vida privada;
- ativar modalidades de trabalho em equipe, para oferecer espaços de elaboração e discussão, facilitar a partilha dos problemas, promover supervisões externas;
- definir as responsabilidades (de alto a baixo);
- promover uma cultura profissional que se focalize no valor da diversidade, na promoção da autonomia e na capacidade de ativar os recursos do contexto;
- desenvolver uma atitude otimista, permissiva, capaz de ajudar na condição de identificar os recursos e os pontos de força do paciente;
- utilizar, o quanto possível, as culturas profissionais locais (cidadãos daquele território);

Finalmente, não se esqueça de que a coisa mais importante e necessária é estimular sempre o envolvimento ativo da sociedade nesses “lugares extremos da fronteira”.

CONCLUSÕES

Para concluir, vou falar sobre duas pessoas: uma vítima de sistemas de contenção, e a outra, um de seus agentes. Trata-se de Valério, paciente cerebropático internado no ex-hospital psiquiátrico de Imola, e Thomas Monro, médico psiquiatra, diretor do Bendam Hospital de Londres.

Valério deu o seu nome ao projeto de superação do hospital psiquiátrico de Imola. Vou tentar explicar o motivo. Depois de ter colaborado, junto com Franco Basaglia, para o fechamento dos hospitais psiquiátricos de Gorizia e de Trieste e, logo em seguida, para a promulgação da lei de reforma, decidi, mais uma vez, envolver-me com o fechamento de outro hospital psiquiátrico: o de Imola. Tratava-se de um hospício com cerca de 700 internos. Desde o ano de 1978, não foram mais aceitas novas admissões, mas também não houve altas. As pessoas internadas, seja devido à idade ou à longa

institucionalização, eram consideradas totalmente irrecuperáveis. Na época, denunciava-se a falta de recursos para executar os serviços territoriais que a lei pedia, por causa da despesa elevada que continuava a ser canalizada para a gestão de estruturas similares. Decidi, então, operar uma intervenção “modelo” que demonstrasse a possibilidade de liberar recursos econômicos. Mas pensava que se pudessem liberar, sobretudo, os recursos humanos, prisioneiros no velho Hospital Psiquiátrico: o pessoal socio-sanitário e os pacientes. No caso desses últimos, pensava que suas histórias representavam uma espécie de baú, cheio de tesouros, as quais precisavam ser liberadas.

No dia de minha chegada ao hospital, como diretor, pedi ao pessoal que me apresentasse aqueles que, em sua opinião, estivessem em uma situação mais problemática. Foi-me indicado Valério, um paciente de 31 anos, não tanto porque fosse violento com os outros, mas consigo mesmo. Tratava-se de um jovem “oligofrénico”, cego e surdo-mudo, que batia furiosamente na cabeça ou a lançava contra a parede - tinha o rosto marcado por profundas cicatrizes e a cabeça deformada pelas rupturas ósseas. Valério, além disso, era agitado, estava nu, não tinha roupa nem sapatos. Há 17 anos, vivia com as mãos e os pés amarrados. Era o último paciente a ser contido (pelo menos oficialmente!). E o era mesmo, mesmo que tivesse sido tentado de tudo o que era possível, inventando técnicas de contenção menos traumáticas - laços suficientemente longos para permitir pequenos movimentos, construção de leitos especiais, que permitissem várias inclinações, medidas repressivas para “corrigir” o seu comportamento. Mas tudo isso foi inútil: por outro lado, qual forma de relação se podia imaginar para um paciente que não falava, era cego e, que certamente, não compreendia o que os outros faziam por ele?

Pensei, enquanto negava a autorização da contenção, que Valério tivesse necessidade, como todos nós, de uma relação afetiva, feita de carinhos, de aproximação, de “tons doces”. Achei que uma forma de “maternagem”, uma presença feminina carinhosa poderia responder à necessidade profunda de todo ser humano de estar em simbiose e sob a proteção de alguém que lhe quer bem. Na manhã

seguinte, falei com as enfermeiras do bloco “Autogestito”, o único do hospital que era misto, para uma possível transferência de Valério para lá. Houve, naturalmente, um problema de recursos a ser construído em torno desse paciente. Por necessidade e por minha escolha, dirigi-me a dois voluntários civis, que haviam escolhido o serviço nas entidades públicas no lugar do serviço militar obrigatório. Esses garotos, até então, faziam tarefas nos escritórios ou nos blocos de pacientes tranquilos. Formei uma pequena força-tarefa, que deveria estar perto de Valério dia e noite. Devido à falta de experiência com os pacientes graves, esse grupo teria fortes motivações éticas. Precisava impedir naturalmente que Valério se machucasse, utilizando modalidades firmes, mas respeitosas e gentis, talvez interpondo a própria mão entre o seu punho e seu rosto. Precisava estar perto dele, falar com ele e mantê-lo ocupado com algo, suscitando a sua curiosidade, estimulando-lhe os sentidos – o tato, o olfato. Em poucos dias, Valério foi levado para o “Autogestito”. Sabíamos que o início seria duro, que haveria noites sem dormir e muito cansaço. Porém ninguém duvidava de que nunca mais ele seria amarrado... e assim aconteceu! Valério surpreendia e emocionava, pois, quando estimulado, respondia à sua maneira. Sempre mais se deixava convencer a não se autolesionar. Os enfermeiros trabalharam generosamente além da expectativa. As enfermeiras, em particular, haviam adotado Valério. Havia quem acariciava sua cabeça para induzi-lo a dormir e quem o ajudava a usar os talheres. Pela primeira vez, ele experimentava o prazer de tomar um banho quente em uma banheira. Experimentava a emoção de subir as escadas sozinho, apoiando-se na balaustrada. Já vestia a roupa e não era mais incontinente. Às vezes, cantava canções de ninar doces, talvez recordações de infância... O pai havia retomado as visitas interrompidas há muito tempo.

Assim, depois de dezesseis anos, um dia, Valério voltou, em visita, à sua casa. Eu também fui conhecer a família. No começo, havia um pouco de constrangimento, depois nos sentamos no celeiro e começamos a falar, comendo uma “piadina” da Emília Romagna e bebendo um bom copo de vinho. Os irmãos me contaram a história de Valério: a história de um menino de vilarejo, talvez um pouco retardado e isolado, mas substancialmente doce e social, que via

e ouvia normalmente. Um dia, a dona da fazenda onde trabalhava o pai de Valério decidiu fazer algo para aquele pobre menino e o internou em um instituto para menores retardados. Ele partiu poucos dias depois e nunca retornou. Do instituto, foi transferido para o manicômio e, progressivamente, foi perdendo tudo: a liberdade, a saúde, a visão – uma infecção ocular malcuidada havia provocado a cegueira. Nos últimos anos, havia perdido tudo (também as visitas dos familiares), até se tornar um simples “doido”. Agora não estava na condição de viver sozinho, permanecia ainda uma pessoa com um grave retardo mental, mas estava, finalmente, livre e interagiu positivamente com os outros.

Valério demonstrou que não eram necessárias as contenções manicomiais, que existiam outras respostas e que, se foi possível fazer algo por ele, também seria possível fazer algo pelos outros. E assim aconteceu: no prazo de sete anos, todas as pessoas saíram do manicômio e encontraram sua casa... Reencontraram-se somente no dia, quando juntos com muitos outros, jogaram “o sal” sobre aquele manicômio e sobre as contenções. “O sal” teria impedido que nunca mais pudesse renascer uma vergonha como essa!

Thomas Monro, por sua vez, foi o diretor do Bedlam, o maior hospital psiquiátrico de Londres. Em 1815, depois de várias denúncias, instituiu-se um inquérito parlamentar sobre os manicômios - “Parliamentary inquiry into madhouses”. O fato foi contado por Klaus Dörner, no livro de sua autoria, “O burguês e o louco”. Trata-se, quase certamente, do primeiro inquérito de um parlamento sobre o tema da saúde mental. Na realidade, os parlamentares, durante a visita no hospital, viram-se diante de uma impressionante situação de degradação: os internados estavam jogados em celas angustiantes, abandonados à negligência e à sujeira, vítimas de mordidas de ratos e quase totalmente algemados. Mas nada foi mais impressionante do que o interrogatório de Thomas Monro perante a Comissão Parlamentar. Monro admitiu a degradação, mas alegou que era devido à pobreza dos recursos disponíveis, à despreparação dos profissionais da área de saúde e, sobretudo, ao tipo de doença dos internos que, com seu primitivismo selvagem, são responsáveis pelo próprio descuido. Alguém mostra também que Monro é

o diretor da mais luxuosa clínica particular de Londres, onde estão internados os pacientes psiquiátricos da alta burguesia. Ao ser perguntado sobre o motivo de usar frequentemente correntes e algemas no Bedlam, e não, em sua clínica particular, Monro respondeu: “Na minha clínica tem muito pessoal especializado e não precisa usar as contenções; tenho mais de quarenta pacientes e igualmente assistentes”. Diante de outras insistências sobre como julga tais meios coercitivos, respondeu:

Os sistemas coercitivos são idôneos somente para os loucos pobres. Um gentleman nunca apreciaria ter algemas [...]. Eu não sou absolutamente acostumado a um gentleman de corrente, nunca vi uma coisa parecida; isto é totalmente horrendo para minha sensibilidade, nunca considerei absolutamente necessário e faço todo o possível para que isso não aconteça (DÖRNER,1975, p.117).

A loucura de um “gentleman” seria, portanto, um gênero diferente de respeito da de um *pauper lunatic*. O gentleman poderia irritar-se se você exercesse contra ele os meios de coerção. Thomas Monro não sabia, naquele momento, que estava fazendo uma afirmação histórica, de incontestável valor científico. É a riqueza, o poder que está na origem da discriminação e do uso dos meios de contenção. O problema é de uma simplicidade perturbadora: a verdade é que todos deveriam ser considerados, sempre, como “gentleman”, simplesmente com os mesmos direitos de todos.

Como assevera Paolo Zatti:

Os direitos da pessoa devem entrar na relação terapêutica, para proteger o doente mental, não como limites negativos ao critério do médico, mas como vínculos internos; não como regras daquilo que não pode ser feito, mas do que deve ser feito, entregue e provocado no paciente; como regras, enfim, que estabelecem conteúdos e fins da mesma

coação. O direito do doente não pode ser somente o livre desenvolvimento da personalidade, mas de desenvolver ao máximo sua personalidade. Ele tem direito à assistência de modo que não se esqueçam nunca dos seus direitos (ZATTI, 1986).

REFERÊNCIAS

AA. VV. La Costituzione della Repubblica Italiana. **Gazzetta Ufficiale della Repubblica Italiana**, n.298, edição extraordinária 27/XII/1947.

AA. VV. No alla contenzione. Riunione di Fogli di Informazione, Milano 6/4/1974. **Pistoia: Fogli di Informazione**, n.16, 1974.

AA. VV. SPDC aperti e senza contenzione, per i diritti inviolabili della persona. **Pistoia: Fogli di informazione**, n.203, 2004.

AA. VV. Associazione Club Servizi Psichiatrici di Diagnosi e Cura Aperti-no Restraint. **Atto di Fondazione**, Montecatini Terme, n. 117, 2008.

AMORE, M. et al. Psicopatologia del comportamento violento: una review. **NO'OS**, n.2, p.105-118, 1998.

ATTENASIO, L.; RICCI, S. Appunti sulla contenzione. **Pistoia: Fogli di Informazione**, n.157, 1992.

BASAGLIA, F. **A instituição negada. Relato de um hospital psiquiátrico**. Rio de Janeiro: Graal, 1985.

BENEVELLI, L. La pratica della contenzione e dell'isolamento negli ospedali psichiatrici e nei servizi di salute mentale, **Il Reo e Il Folle**, n. 14, p. 155-180, 2000.

BRASIL. Lei n. 10.216 de 6 de abril de 2001. Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental. **Presidência da República, Casa Civil, Subchefia para Assuntos Jurídicos**. Brasília, 06 abr. 2001. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/LEIS_2001/L10216.htm. Acesso em: 22 ago. 2016.

CANOSA, R. Gestione dela crisi e dei trattamenti prolungati. **Pistoia: Fogli di Informazione**, n.195, 2002.

CENDON, P. **Un altro diritto per Il malato di mente**. Napoli: ESI, 1988.

CONOLLY, J. **Trattamento del malato di mente senza metodi costrittivi**. Torino: Piccola Biblioteca Einaudi, 1976.

DEBUYST, C. **Dangerosité et justice pénale. Ambiguïté d'une pratique**. Genève: Masson, 1981.

DÖRNER, K. **Il borghese e Il folle**. Bari: Laterza, 1975.

ELBOGEN, E. B.; JOHNSON, S. C. The intricate link between violence and mental disorder. **Arch Gen Psychiatry**, v. 66, n.2, p. 152 – 161, 2009.

FEDERAZIONE NAZIONALE ORDINI MEDICI CHIRURGHI E ODONTOIATRI, Comitato Centrale, Giuramento Medico, Italia, 2007.

GOFFMAN, E. **Manicômios, prisões e conventos**. São Paulo: Perspectiva, 1979.

ITALIA. **Diritto alla liberta di movimento**. Sentença da Corte de Cassação, 17/10/1990.

ITALIA. **Codice Penale Italiano**, 1934.

MATTOS, V. **Crime e psiquiatria: uma saída. Preliminares para a desconstrução das medidas de segurança.** Rio de Janeiro: Editora Revan, 2006.

MILDRED, L. **Seclusion and Restraints: a failure, not a treatment. protecting mental health patients from abuses.** California Senate Office of Research, March 2002, p. 1-24. Disponível em: <http://www.sen.ca.gov/sor/HEALTH/Restraints.html>. Acesso em: 22 ago. 2016.

ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS (O.N.U.). **Dichiarazione Universale dei Diritti dell’Uomo.** Assembleia Geral das Nações Unidas, 10 de dezembro de 1948.

ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS (O.N.U.). **Libertà e sicurezza della persona in la Convenzione O.N.U. sul diritto alle persone con disabilità,** 13 de dezembro de 2006.

PIRELLA, A. John Conolly, anticipatore di una gestione della malattia mentale senza metodi restrittivi. **Pistoia: Fogli di Informazione,** n.33/34, 1976.

PULLIA, G.G. **Sulla contenzione, in l’obbligo di prendersi cura.** Roma: Interculturali, 2001.

SAKS, E. R. **Refusing care: forced treatment and the rights of the mentally ill.** Chicago: The University of Chicago Press, 2002.

STUART, H. Violence and mental illness: an overview. **World Psychiatry,** v.2, n.2, p.121-124. 2003.

VENTURINI, E. **Quale diritto per il malato di mente in condizioni di emergenza psichiatrica?** Trieste: Atti del convegno “Un altro diritto per il malato di mente”, ESI, 1988.

VENTURINI, E. La question du consentement et du droit au refus

du traitement. In: LOUZOUN, C. (Org.) **Santé Mentales: réalités européennes**, Toulouse: Edition Erès, 1993. p. 118-121.

ZATTI, P. Infermità di mente e diritti fondamentali della persona, **Politica del Diritto**/ a. XVII, n. 3, settembre 1986.

CAPÍTULO 2

O RESPEITO AOS DIREITOS HUMANOS NO CUIDADO À SAÚDE MENTAL E NO USO NOCIVO DE SUBSTÂNCIAS PSICOATIVAS

Ana Maria Fernandes Pitta

Os cuidados com o cuidar seguem sendo um desafio aos trabalhadores de saúde, gestores, governos e sociedade, que nos obrigam a todo tempo a pensar como levar a cabo nossas missões de tratar, sem violência.

Para enfrentar a atual pirotecnia de ações militarizadas envolvendo **internações compulsórias**, assumidas como a política pública competente de enfrentamento do “crack”, nos últimos tempos, em grandes metrópoles brasileiras, soa como uma panaceia as medidas que estão sendo tomadas como política pública para o enfrentamento do crack: sequestro e encaminhamento compulsório para internações que não se sabe muito bem onde nem por quanto tempo.

Como no auge do alienismo no século XVIII, o **enclausuramento** volta a ser a solução invocada para resolver o problema das drogas no país. Tratada como o flagelo da saúde e segurança pública atual, o uso do crack faz governos apresentarem, como solução mágica, para ocultar o sintoma do desarranjo individual e coletivo do homem face às suas angústias e vicissitudes, a internação compulsória pactuada por agentes da Justiça, Saúde e Promoção Social, em tribunais sumários.

É o sofrimento das pessoas que está em jogo e o Estado insiste em apresentar uma solução simples para um problema complexo, lançando mão de medidas “exemplares” que maquiam, mas não enfrentam as determinações estruturais do problema.

O “crack”, como o novo demônio da sociedade brasileira e a sua suposta “epidemia”, tem ocupado a mídia, os responsáveis pelos governos e o imaginário das pessoas comuns, como se fora ele causa e não consequência de desigualdades e injustiças sociais que os seus usuários apenas protagonizam. O país avança em desenvolvimento, mas ainda não consegue enfrentar as iniquidades de raiz que possam descortinar um horizonte de esperança e projetualidades para crianças, jovens, adultos e idosos, que hoje e desde sempre buscam na droga a ilusão fugaz de superação de conflitos. Assim, o temor disseminado tem justificado as mais desastrosas, polêmicas, quase sempre repressivas e inócuas medidas para o seu enfrentamento.

Com o perigo de ser imitada por todos os estados brasileiros, a política de **enclausuramento compulsório** de usuários de substâncias psicoativas se apresenta como a solução mágica eficaz para o enfrentamento das drogas, no país, por governos, aparatos de justiça e assistência social, pelos que estão no poder em suma.

Apesar de sequer estarem de fato respondendo de modo efetivo a usuários e familiares que têm, de modo voluntário ou involuntário (não compulsório), buscado nos postos autorizados internações clínicas de tratamento e estão voltando às suas casas sem conseguí-las, precisam ser avaliadas de modo sistemático.

A droga mitiga a dor de viver para alguns. E substituí-la na vida de sujeitos por ela dominados requer uma rede múltipla de dispositivos afetivos, políticos, de saúde, educação, trabalho e renda, lazer... plurais e diversos que dificilmente qualquer instituição total poderá suprir. Exceto se o sonho do enclausuramento retornar como utopia dos libertários e ditos democratas de hoje, assim como Pinel, Juliano Moreira e Franco da Rocha sonharam os manicômios de então, trazendo para o seu interior a totalidade das respostas às necessidades humanas de sobrevivência digna dos ali internados às suas épocas.

O problema das drogas impõe a todos (governo, sociedade civil e

povo) lucidez e discernimento para não retroceder a etapas primitivas de políticas sociais e de saúde no Brasil dos anos de ferro nas décadas de 60, 70, 80... Além de infrutíferas, tais políticas trouxeram tantos danos à vida de milhares de usuários dos sistemas sanitário e prisional no campo dos transtornos mentais e da “drogadição”, que ainda hoje precisamos gastar muitos esforços para desinstitucionalizar e reabilitar socialmente, através de programas lentos e custosos, nem sempre exitosos, para que suas vítimas ganhem chances de estar na sociedade. Refiro-me à desastrosa política de confinamento em manicômios impetrada pela ditadura militar em 1966, capitaneada por Leonel Miranda, ministro da Saúde à época e dono do maior hospital psiquiátrico do país (Eiras-Paracambi) que tanto custou de vidas cerceadas e recursos públicos despendidos para recuperar vidas ali confinadas até encerrar o funcionamento daquela casa de horrores nessa última década (PITTA, 2011).

Face a esses equívocos, um campo dialógico se faz necessário para que brotem novas soluções às inquietudes atuais de uma sociedade capitalista desigual, injusta, iníqua e impotente no enfrentamento de mazelas por ela própria produzidas.

O Projeto *Quality Rights* pela Organização Mundial da Saúde (OMS) lançado em Nova Iorque em 2012, visando apoiar os países na avaliação e melhoria da qualidade dos serviços ofertados em instituições prestadoras de cuidados sociais e de saúde mental, tomando como foco a garantia dos direitos humanos, surge para criar estratégias de avaliação de políticas públicas em Saúde Mental e uso de substâncias com liberdade e justiça social. Esta iniciativa é uma resposta às inúmeras denúncias do que acontece em muitos países em todo o planeta com o tratamento dispensado às pessoas que têm problemas mentais ou fazem uso de substâncias psicoativas e sofrem com isso. Tais denúncias podem variar desde abusos, maus tratos, estigmas, discriminações, exclusões, até as violações mais severas aos seus direitos humanos fundamentais.

Estarmos assistindo a uma avassaladora ação do Estado na internação compulsória de usuário de “crack nas duas maiores metrópoles do país” e isso é preocupante. Trata-se de uma situação positiva, da qual derivam autênticos direitos públicos subjetivos. A

percepção dos direitos pode ser subjetiva, mas a ação provedora do Estado não demanda uma ação. Os direitos sociais, como o direito à saúde, necessitam de uma intervenção do Estado para que eles possam ser acessados pela sociedade.

Os Direitos Humanos surgem no final do século XIX e no início do século XX, como o direito à educação, à saúde, ao trabalho, exigindo-se do Estado a efetivação desses direitos. Os direitos a prestações de serviços manifestam-se como barreiras defensivas do indivíduo perante a dominação econômica de outros indivíduos a fim de proteger o indivíduo em desvantagem econômica e social.

Os direitos fundamentais estão previstos na Constituição Federal Brasileira de 1988 no Título II que abrangem os artigos 5º a 17, direitos individuais e coletivos (os também chamados direitos civis); direitos sociais e direitos políticos.

Os direitos sociais são direitos humanos fundamentais previstos no artigo 6º da Constituição Federal, no caso, direito à educação, à saúde, à alimentação, ao trabalho, à moradia, ao lazer, à segurança, à previdência social, à proteção à maternidade e à infância, à assistência aos desamparados; e os direitos trabalhistas, previstos nos artigos 7º ao 11.

Esses direitos sociais são prestados através de políticas sociais do Estado. Como direito social básico (artigo 6º, CF), a saúde é: [...] fundada nos princípios da universalidade, equidade e integralidade e amplamente protegida pela ordem constitucional em vigor. Segundo o art. 196, é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos, e ao acesso universal e igual às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação.

Ademais, os cuidados de saúde mental parecem ser ofertados em serviços de baixa qualidade, tanto naqueles em que há internamento hospitalar como nos de atendimento ambulatorial ou de base comunitária. O fato, é que, denúncias se tornaram um lugar comum sobre os maus tratos e as condições desumanas, em que o tratamento, muitas vezes, pode ser desrespeitoso, degradante e dificilmente contribuiria para a recuperação do usuário. Os preconceitos, desinformações e equívocos sobre a capacidade e

potencialidade dos indivíduos portadores de problemas mentais contribuiriam para que eles se mantivessem invisíveis, marginalizados e, por fim, privados de participação social, melhoria da qualidade de vida, autonomia.

As práticas desumanas parecem também ocorrer por uma crise ético-política importante por parte dos trabalhadores de saúde mental, em qualquer que seja o serviço, sem treinamentos especializados e desinformados da importância da inclusão social e cidadã das pessoas portadoras de necessidades de atenção psicossocial, quer sejam nos serviços de saúde, quer sejam nos outros recintos, tais como suas próprias residências, escolas e outros serviços de cuidados sociais. Quando formados e informados padecem com a fragilidade ou ausência de Rede de Atenção Psicossocial que dê suporte ao gerenciamento responsável de casos na comunidade.

Segundo a OMS, faz-se necessário desenvolver padrões de serviços para melhorar a qualidade do cuidado dispensado aos usuários. Daí se defender que todos devem ter acesso aos cuidados básicos de saúde, acessíveis, disponíveis e de qualidade. Para tanto, é necessário se dispor de serviços de saúde mental que sejam efetivos e eficazes, em que se respeite a autonomia do usuário, cujo tratamento deve-se dar no sentido de apoiar os usuários no acesso à educação, ao emprego, à habitação e às atividades comunitárias.

Nesse sentido, no Projeto Quality Rights, a OMS coordenou estudos com um grupo de consultores internacionais trabalhando junto a pessoas com problemas mentais e psicossociais, e lançou o “Quality Rights Tool Kit”, ou seja, um conjunto de estratégias para que os países possam avaliar e melhorar o cuidado e os direitos humanos nos serviços de saúde mental e uso de substâncias psicoativas, através da capacitação de pessoas que possam melhorar o cuidado do atendimento e promover uma cultura de pleno respeito aos direitos humanos nesses serviços.

No que tange a política de atenção aos usuários de crack, existe ainda um fator limitante que tem a ver com o *proibicionismo das drogas* ilícitas no país o que cria um cenário favorável ao tráfico e a violência reinante.

O proibicionismo, hoje, mantém esse traço de servir a interesses velados de frações de classe; de vincular seu enfrentamento a outras esferas econômicas como a indústria bélica e seus equipamentos de tecnologias de segurança; de nublar a crescente medicalização da vida sob a suposta proteção dos benefícios terapêuticos dos remédios produzidos pela indústria farmacêutica e prescritos pela corporação médica; e de incidir sua violência institucional maciçamente sobre segmentos populacionais marcados pela discriminação racial, de gênero e etnia (CAVALCANTE; TAVARES, 2012, p. 8).

Assistimos hoje a um franco duelo entre democracia, liberdade de escolha e redução de danos de um lado versus autoritarismo, proibicionismo e abstinência de outro, com franca hegemonia dessa última vertente pelos governos, e persistência da primeira vertente por *experts* no campo da drogadição e a vivência concreta de usuários e familiares que sofrem com o problema cotidianamente.

As informações trazidas sobre o que acontece em Portugal hoje, país que apesar do proibicionismo vigente, já que nenhuma lei descriminaliza ou legaliza o uso de drogas no país, mas se utiliza de uma legislação flexível e um modelo de atenção centrado no cuidado singularizado a cada usuário. Isso está dando certo!

Nos últimos dez anos, desde que o novo modelo foi implantado, o consumo de drogas entre menores de idade caiu, o número de contaminações de AIDS e hepatite C despencou, o de usuários de drogas problemáticos diminuiu, o de dependentes de droga em tratamento cresceu, o índice de sucesso do tratamento aumentou, as cadeias e os tribunais estão mais vazios e conseguindo fazer seu trabalho com mais eficiência, a polícia está tendo mais sucesso no combate ao tráfico internacional, e a sociedade está economizando uma fortuna

Resultado animador que desestimula as medidas tomadas em nome de uma certa Saúde Pública que violenta os direitos humanos do usuário, esconde a precariedade das redes de atenção aos transtornos decorrentes do uso de álcool e outras drogas, não se preocupam com o que virá após as internações, camuflando questões que estão na origem e na persistência do problema: a falta de chances de sobrevivida digna com escola, saúde, trabalho, previdência, lazer... inclusivos.

Recursos públicos expressivos estão sendo despendidos, particularmente da esfera federal, para encontrar uma solução para o problema e novamente estamos nos sucumbindo, como na ditadura militar, às tentações de confinamento manicomial com novas roupagens.

Desses recursos despendidos pelo governo federal e dos estados e municípios pouco temos investido na construção da Rede de Atenção Psicossocial (com CAPS insuficientes e sucateados, sem Unidades de Acolhimento para crianças, adolescentes e adultos, ausência de leitos em hospitais gerais, e clínicas verdadeiramente especializadas em drogadição), persistindo a antiga solução de “enclausurar para cuidar” assumida no passado por entidades religiosas quando nenhuma alternativa era ofertada pelo sistema público de saúde.

Sem esquecer que os leitos da chamada “indústria da loucura” dos anos 70, 80 estiveram majoritariamente ocupados por pacientes alcoolistas. Nada de novo, portanto, quando se localizam, nas Comunidades Terapêuticas e nas “internações compulsórias”, os alcoolistas costumavam resistir em casa ou nas delegacias de polícia a propostas de internação e costumavam ser contidos para consumir o fato. Permaneciam internados por longos períodos atendendo a múltiplos interesses: das instituições psiquiátricas que tinham a garantia de seus leitos preenchidos e as contas pagas pelo Estado; das famílias e usuários que além do alívio provisório de relações desgastadas ganhavam legitimidade para conseguir benefícios na

Previdência Social; e da sociedade e Estado que assim ocultavam suas mazelas com baixos investimentos sociais.

Nesse confronto de modelos *hospitalocêntrico X redes comunitárias de atenção* à internação de alcoolistas na rede de hospitais psiquiátricos públicos e conveniados instituída nas décadas de 60, 70, 80, apenas criou um exército de cronificados psiquiátricos a um custo muito elevado.

Onde está a propalada Rede de Atenção Psicossocial com Centros de Atenção Psicossocial III, funcionando 24 horas, 7 dias na semana como centros de cuidados diurnos, atendendo prontamente usuários e famílias no seu território de pertencimento?

E o importante trabalho capilar nos territórios da Atenção Primária à Saúde garantindo chegar a todos os cantos, urbanos e rurais, o cuidado integral, físico e psíquico, com seus programas de promoção, recuperação e reabilitação da saúde e uso nocivo de substâncias?

Onde estão as Unidades de Acolhimento - UA para 10 ou 15 moradores que garantiriam abrigo e o provisório direito de morar aos que com transtornos decorrentes do uso de álcool e outras drogas estão na sarjeta sem suprimir-lhes o direito de ir à escola, ao trabalho, ao cinema, namorar, pegar um ônibus... enfim, as provocações banais do viver cotidiano?

Para onde levar pessoas quando necessário for internar, por que não, afinal, qualquer sistema de cuidados não poderá prescindir da necessidade clínica de internação para cuidar intensivamente de agravos críticos à saúde física ou mental?

Quais hospitais gerais estão prontos e receptivos para acolher e tratar de estados críticos em transtornos mentais e/ou uso de substâncias psicoativas? Onde estão as clínicas especializadas oferecendo o que há de tecnologia científica disponível para um cuidado irrepreensível?

Os 2.350 CAPS como os únicos baluartes do sistema de atenção à saúde mental e álcool e outras drogas, fragilizados por vínculos de trabalho precários e pelas sazonalidades eleitorais que os deixam tão vulneráveis não irão dar conta de tantas necessidades. As críticas de ineficácia de respostas terapêuticas os CAPS gravitam

sós e frágeis, como recursos únicos da rede em vastas regiões do país (PITTA, 2011). Como torná-los eficazes, efetivos, eficientes, com funcionamento diuturno, gerenciando o cuidado da rede comunitária e suplementar?

Como incluir Comunidades Terapêuticas como cuidado complementar se a Rede de Atenção Psicossocial está tão cheia de furos? Como essa importante rede de CT ser complementar se sua concepção de uso de drogas calcada na abstinência apresenta ancoragem ética e técnica distinta da rede “oficial” que assume a “redução de danos” como eixo organizador do sistema de cuidados?

Lugar injusto e perigoso está sendo reservado à Saúde Pública que entra em cena numa área que sempre lhe mereceu referências de sua importância epidemiológica, seus danos físicos, psíquicos e sociais, sem jamais ter tido uma política de Saúde Pública consequente. Nesse momento, é responsabilizada pela sanha higienista de sequestrar usuários e compulsoriamente interná-los, não se sabe bem onde. O dinheiro novo está sendo gasto em soluções velhas!

Política se faz com ira, amor e dinheiro. Ira para indignar-se por alguma situação negligenciada ou aviltada; amor ético e universal para abraçar a causa que se pretende intervir com soluções técnicas e humanas eficazes; e dinheiro para dar consequência e eficiência às prescrições e desejos de enfrentamento do problema identificado.

Fato novo, nesses últimos dez anos, são leis, decreto presidencial e as consequentes portarias ministeriais e interministeriais que liberaram recursos financeiros para o enfrentamento do crack, fechando o ciclo que afirma uma intenção de governo como política de Estado.

Tomando como referência crianças, adolescentes, adultos e idosos que estão nas ruas, numa associação frequente entre os que usam a droga e desestrutura laços sociais e familiares e observarmos o que lhes está sendo oferecido, percebemos que algo não vai bem.

Para um grande avanço normativo com CAPS III AD, Casas de Acolhimento Transitório, Pontos de Encontro, Leitos de Desintoxicação em Hospitais Gerais, Consultórios de Rua, observam-se que

os serviços de excelência e referência costumam oferecer seus serviços quase que exclusivamente em ambulatórios diurnos. E para quem faz uso prejudicial de drogas, a noite é mais cruel. Raras experiências como a “Embaixada da Liberdade” no Rio de Janeiro que oferecia acolhimento 24 horas para meninos e meninas vulneráveis, vivendo nas ruas, rapidamente se extinguiu.

Nesse vazio de alternativas oficiais de Redes de Atenção Psicossocial públicas em período integral, as “comunidades terapêuticas” crescem e se insinuam na ocupação desse espaço.

A vida é crônica, resiste a todas as intempéries incluindo o uso prejudicial de drogas. Precisamos aprender a cuidar em liberdade! Nosso primeiro princípio constitucional é o direito de ir e vir... livremente! Não esquecendo portas de saída do cuidado sanitário para uma vida comunitária inclusiva com justiça social, escola, trabalho, previdência e lazer garantidos para suprir a “grande falta” que a droga e as nossas políticas públicas fingem esconder.

REFERÊNCIAS

CAVALCANTE, R.; TAVARES, P. Desafios recentes às políticas sociais brasileiras sobre drogas: enfrentamento ao crack e ao proibicionismo. **Argumentum**, v. 4, n.2, p. 6-23, 2012.

PITTA, A. M. F. Um balanço da Reforma Psiquiátrica Brasileira: Instituições, Atores e Políticas. **Ciência & Saúde Coletiva**, v.16, n.12, p.4579-4589, 2011.

WHO - **Quality Rights tool kit to assess and improve quality and human rights in mental health and social care facilities**. Geneva, World Health Organization, 2012.

CAPÍTULO 3

DESLOCAMENTOS E INVENÇÕES NO TRABALHO EM SAÚDE MENTAL INFANTOJUVENIL

*Carla Bertuol
Andrea Perosa Saigh Jurdi*

INTRODUÇÃO

Ao nos propormos a escrever um capítulo voltado para a saúde mental infantil, deparamo-nos com um duplo desafio: tratar da complexidade dos fenômenos que impactam a saúde mental de crianças e adolescentes, sem incorrerem no risco de patologizar a infância e voltarmos nossa reflexão para novas estratégias e ações que hoje fazem parte do campo da saúde mental.

É importante que deixemos claro de que saúde mental estamos falando nesse trabalho. Para a Organização Mundial de Saúde (2001), saúde mental não se restringe à ausência de transtornos psíquicos. A definição abrange o bem-estar subjetivo, a autonomia, a possibilidade de estar no mundo com o potencial intelectual e emocional que detém. Por isso, é pertinente dizer que hoje o trabalho em saúde mental participa, direta ou indiretamente, da composição de outros territórios que possibilitam o encontro com a ética e a cultura.

Falamos de uma saúde mental cujo compromisso é com o indivíduo e não com a doença, afirmando ser no encontro entre indivíduos que se estabelece uma relação de cuidado e corresponsabilidade entre os envolvidos nesse processo, criando novas formas

de produção de saúde. Compreendemos que as interações promovidas pelo trabalho em saúde, permeadas por uma ética do cuidado, podem ser compreendidas como uma experiência de preocupação com o outro, provocando transformações em trajetos pessoais e em trajetórias coletivas, rompendo com histórias de abandono, sofrimento e violência (JURDI, 2009).

Porém, a configuração de uma nova lógica do atendimento proposta para a atenção em saúde mental infantojuvenil (BRASIL, 2005) encontra dificuldades que estão cristalizadas nas práticas profissionais e na dificuldade em mudarmos a concepção de institucionalização da infância em sofrimento. Um dos motivos talvez se refira à entrada tardia da criança e do adolescente no campo da saúde mental. É apenas no século XX que as políticas públicas começam a se concretizar no campo da saúde e possibilitam o acesso dessa população aos serviços de saúde mental infantil. Isso se dá em função de alguns movimentos sociais e de saúde: a redemocratização do país, a universalização de uma política de saúde mental no paradigma da Reforma Psiquiátrica e a adoção pelo Brasil da Convenção dos Direitos da Criança e do Adolescente (1989). Esse conjunto de fatos propiciou o reconhecimento da singularidade desse grupo populacional e ampliou a possibilidade de atenção integral à saúde de crianças e adolescentes.

Historicamente, no Brasil, a atenção a crianças e adolescentes está circunscrita a um ideário de proteção que teve como consequência a construção de um modelo de assistência baseado na institucionalização e medicalização, gerando uma concepção não integradora das necessidades da população infantojuvenil. Vivemos tempos em que a lógica normativo-jurídica, estabelecia como atenção e cuidado a oferta de instituições fechadas sob tutela de entidades filantrópicas. A concepção higienista e saneadora da sociedade atuou sobre os focos da doença e da desordem, portanto, sobre o universo da pobreza, moralizando-o. Garantir a paz e a saúde do corpo social era compreendido pelo Estado e a criança era um dos principais instrumentos de intervenção na família. Assim, à criança pobre, cujo seio familiar era visto como ignorante, mas não imoral, reservava-se o cuidado médico e o respaldo higienista.

À criança que perdia sua inocência, logo considerada pervertida e criminosa – a justiça (RIZZINI, 2010).

O complexo aparato médico-jurídico-assistencial tinha metas que passavam pela prevenção - vigiar a criança, e prevenir sua degradação; educação - educar o pobre, e moldar ao hábito do trabalho, e prepará-lo para regras do viver bem; recuperação - reeducar ou reabilitar o menor por meio do trabalho e da instrução, retirá-lo da criminalidade e torná-lo útil à sociedade; e repressão – conter o menor delinquente, impedindo que causasse danos com vistas à sua reabilitação.

O resultado desse processo que garantia a institucionalização do cuidado e a criminalização da infância pobre gerou um quadro de desassistência, abandono e exclusão. O movimento de redemocratização do país, com a promulgação da Constituição de 1988, teve o mérito de afirmar, sem ressalvas, a condição cidadã de crianças e adolescentes, assegurando-lhes, no art. 227, o direito à vida, à saúde, à educação, ao lazer e à cultura e ressaltando que o direito de proteção de toda forma de negligência, discriminação, exploração, violência, crueldade e opressão, será garantido pelo Estado.

Esse processo de confirmação de sujeitos de direitos resultou no Estatuto da Criança e do Adolescente, Lei n. 8.069, de 13/07/1990, que formalizou o rompimento com a doutrina da situação irregular e estabeleceu a proteção integral. O ECA pretendia inaugurar uma nova prática, entretanto uma lei promulgada se torna ineficaz se não estiver legitimada socialmente. A criança reconhecida como sujeito de direitos adentra o século XXI carecendo de práticas concretas que reforcem seu papel de cidadã.

O PROCESSO HISTÓRICO DE INSTITUCIONALIZAÇÃO DA INFÂNCIA⁵

A institucionalização da infância tem sido descrita como um fenômeno da modernidade. O historiador Phillippe Ariès (1981) localiza, neste período histórico, também a emergência do modelo

5 Esta parte do artigo integra a dissertação de mestrado de Carla Bertuol “A criança e o Estatuto de criança e do adolescente. Um estudo sobre a polissemia da criança nos espaços públicos”, PUC, São Paulo, 2003.

nuclear de família e a concepção de infância tal como a vemos na atualidade. Ele nos alerta quanto a um produto: a institucionalização em espaços especialmente reservados para as crianças e o afastamento da criança do mundo da sociabilidade e das relações sociais importantes, tais como o trabalho, a sexualidade e a vida política. Ele compara o processo das crianças ao que aconteceu com os pobres, as prostitutas e os loucos, enfatizando a sua retirada de cena.

O afastamento das crianças da vida social que vivemos hoje deve ser entendido, no conjunto de modificações que aconteceram no tempo que se estende do século XV ao século XVIII, como produto de um longo processo que também engendrou outros afastamentos. Essa lenta separação produziu a diferenciação entre adultos e crianças, que foi tomando as mais diferentes formas sociais. Embora essa diferenciação, por si só, não seja uma resposta para entendermos os relacionamentos das crianças com o mundo tal como o vemos na atualidade, ela pode ser vista como uma teorização histórica que abriu caminho para uma série de formulações no campo teórico sobre a infância e para o questionamento básico de que essa diferenciação entre adultos e crianças não pertenceria à ordem natural das coisas. As crianças não são apenas diferentes dos adultos; nós também construímos diferenças entre elas.

Partindo da iconografia, de documentos, manuais e estilos de vestimenta, o autor aponta um processo de lento afastamento das crianças da plena sociabilidade e do mundo do trabalho. Estabelece, assim, alguns limites dentro dos quais é possível ser criança nas sociedades modernas: na escola, na família e nos espaços e tempos regulamentados no conjunto dos ambientes sociais.

O historiador fala da ausência do “sentimento de infância” até o final do século XVII.

[...] o sentimento de infância não existia — o que não quer dizer que as crianças fossem negligenciadas, abandonadas ou desprezadas. O sentimento da infância não significa o mesmo que afeição pelas crianças: corresponde à consciência da particularidade infantil, essa particularidade que distingue

essencialmente a criança do adulto, mesmo jovem (ARIÈS, 1981, p.48).

À total indiferenciação entre adultos e crianças que existia na Idade Média, segue-se um período de pequena diferenciação, em que se reconhece uma peculiaridade para esse tempo da vida. Assim, nesse período, as crianças passaram a ser alvo de todas as atenções quando pequenas, mas, assim que adquiriam alguma desenvoltura física, eram enviadas a alguma outra família, a outra casa, para que pudessem aprender ajudando os outros nas tarefas da casa.

Esse sentimento construído no meio familiar não era, contudo, o único em relação à criança. Os moralistas da época censuravam a excessiva atenção para com as crianças. Mesclando certa vontade de domesticação das crianças e certa preocupação com o seu bem-estar, os moralistas propunham uma definição ética do relacionamento entre crianças e adultos.

Mudanças sociais levaram a escola a substituir a aprendizagem em atividades práticas como forma de educação. Assim, isoladas na escola, na condição de alunos, as crianças foram separadas dos adultos ou, ao menos, deixaram de se misturar com eles e de aprender diretamente da vida. Uma mudança acontece nesse período:

Duas idéias novas surgem ao mesmo tempo, a noção de fraqueza da criança e o sentimento da responsabilidade moral dos mestres. O sistema disciplinar que elas postulam não se podia enraizar na antiga escola medieval, onde o mestre não se interessava pelo comportamento de seus alunos fora da sala de aula (ARIÈS, 1981, p.180).

A saída das crianças dos ambientes de plena sociabilidade para viver a escolarização é parte de uma transformação em várias relações decorrentes da urbanização.

A escolarização foi um dos principais veículos na produção histórica da infância e, à medida que as

escolas foram ganhando terreno e importância, começou um longo processo de segregação, de isolamento e de entrega das crianças, um processo que continua até os dias de hoje. (QVORTRUP, 1994, p.27, tradução livre das autoras)⁶

A socialização da criança, junto aos seus pais, passou a ser um período necessário para a entrada no mundo adulto. Os pais tinham a tarefa moral de educar seus filhos para prepará-los para as demandas da sociedade. Para tanto, contavam com a participação de outras pessoas autorizadas fora do espaço de casa. A partir de 1870, a educação escolar tornou-se compulsória na Inglaterra.

As hipóteses propostas por Ariès em seu livro podem ser apresentadas da seguinte maneira:

A infância como categoria social é um construto histórico, não somente pelas diferentes conotações que lhe possam ser atribuídas pelas diversas sociedades e comunidades, mas porque nem sequer sua própria individuação e seu reconhecimento são universalmente adquiridos [...] a ‘descoberta’ moderna da infância que se traduziu em maior cuidado e atenção específica para as crianças comportou por isso mesmo o seu fechamento no âmbito totalizante da família e a segregação em vários sistemas educativos que implicam sempre controle. (BARALDI; MAGGIONI, 1997, p.48, tradução livre das autoras).⁷

6 “Scholarization was one of the main vehicles in producing childhood historically and – as schools gained ground – a long process of segregation, of isolation and of delivering children to rationality began, which has continued into our own day” (Qvortrup, 1994, p.27).

7 “L’infanzia come categoria sociale è uno costrutto storico, non soltanto per le differenti connotazione che le possono essere attribuite da diverse società e comunità, ma perché, nemmeno la sua stessa individuação ed il suo

As práticas sociais exercidas com as crianças nos espaços institucionalizados contribuíram para a construção da ideia de criança/ infância universal. Embora ideias e práticas não sejam dissociadas nem devam ser vistas como causa/efeito, a institucionalização das crianças tem sido apontada como uma característica das sociedades ocidentais modernas.

Pode-se compreender a institucionalização da infância a partir das práticas sociais trazidas pela modernização, decorrentes das diversas formas de viver a vida inscritas em lógicas diferentes. Kennedy (1999) fala-nos das produções do ambiente escolar a partir de 1450, quando foram introduzidas as carteiras escolares. A partir do século XVI, os manuais descrevem um “novo recato e comedimento à mesa durante as refeições, nos hábitos de sono e no desempenho das funções corporais, que enfatize a discrição e a privacidade”. A atividade de ler em silêncio mostrava a crescente reflexividade e o modo diferente de usar a linguagem como um domínio e descrição do mundo: “promoveu um relacionamento silencioso entre o leitor e seu livro, foi uma mudança fundamental, que redesenhou a fronteira entre a vida interior e a vida em comunidade” (CHARTIER, 1989).

Esse afastamento acontece ao mesmo tempo em que se dá o processo de personalização:

Personalização é a consequência de uma mudança estrutural importante na sociedade ocidental que começou no século XVI-XVII: com o crescimento de uma diferenciação funcional dentro da sociedade, indivíduos tornaram-se pessoas. Não podiam mais ser pensados como membros de grupos e famílias: eles deviam ser eles mesmos, construir

riconoscimento sono universalmente acquisiti [...] la “scoperta” moderna dell’infanzia, che si é tradotta in maggiore cure ed attenzioni specifiche per i bambini, ha comportato per ciò stesso la loro chiusura entro l’ambito totalizzante della famiglia e la segregazione in vari sistemi educativi che implicano sempre e comunque controllo”. (BARALDI; MAGGIONI, 1997, p. 48)

autoconfiança e auto-identidade. Nas diferentes formas e contextos de comunicação societária, eles eram relatados como autônomos, isto é, como seres humanos únicos e específicos, inteiramente responsáveis por suas escolhas. O resultado paradoxal da moderna construção social das pessoas na comunicação é a socialização de uma mente individualizada, conferindo crescente importância ao sentido da autonomia e autodeterminação (MAGGIONI; BARALDI, 1999, p.9, tradução livre das autoras).⁸

Ivar Frones (1994) e Elisabeth Nasman (1994) consideram os conceitos de individualização, individuação e institucionalização amplamente relacionados às mudanças sociais ocorridas na transição das sociedades tradicionais para as sociedades capitalistas. A entrada das crianças nas escolas significou uma regulamentação maciça sobre as crianças por parte da educação e dos profissionais envolvidos, um controle social crescente.

A vida institucional é feita a partir de uma medida individual. Para os sistemas burocráticos, o indivíduo é a unidade a que correspondem os direitos e o controle social. Isso significa que a prática institucional se dirige para a criança e não para os pais. A organização tende à individualização, pois as práticas psicológicas e pedagógicas tendem a acentuar a individualização e revelam um

8 “Personalization is a consequence of an important structural change in Western society, which began to take place in the sixteenth-seventeenth century: with the growth of a functional differentiation inside society, individuals become persons. They can no more primarily be thought of as members of groups and families: they must rely on themselves, constructing self-confidence and self-identity. In the different forms and contexts of societal communication, they are related as autonomous, i.e., as unique and specific human beings, full responsible for their choices. The paradoxical result of the modern construction of persons in communication is the socialization of a individualized mind, giving an increasing importance to the sense of autonomy and self-rooting.” (MAGGIONI; BARALDI, 1999, p. 9).

paradoxo: de um lado, um controle social através das autoridades burocráticas e, de outro, a promoção da individualização. Para Frones (1994) e Nasman (1994), a individualidade assim reconhecida aos indivíduos serve ao seu controle burocrático.

As instituições favorecem identificações cada vez mais precisas de seus integrantes e das tarefas que eles devem ali executar. Foucault (1979) fala da regulamentação do espaço e da busca de disciplinamento dos corpos. A entrada das crianças para a escola significou uma regulamentação maciça sobre as crianças, por parte de educação e dos profissionais envolvidos e favoreceu a individualização. Medidas de inteligência e de comportamento, entre outras somadas à regulamentação, especialização e controle fizeram a emergência de normais e anormais.

Os processos de institucionalização da infância usam um jogo sagaz de controle ao lidarem com as crianças a partir de sua inserção familiar, ao mesmo tempo em que as particularizam para as relações cotidianas e disciplinares (FRONES,1994; NASMAN,1994).

Apesar de acontecer para todas as crianças em nossa sociedade, a institucionalização é distribuída de maneira desigual. As crianças podem ser facilmente rotuladas nos processos que tendem a massificação e a assunção de uma identidade institucional que, muitas vezes, naturalizamos. Neste sentido, basta nos aproximarmos do recreio e de um momento de sala de aula para percebermos a diferença e as possibilidades de liberdade.

Embora o conceito de institucionalização da infância venha sendo usado na literatura sociológica, o conceito de instituição também pode ser tomado de uma maneira mais restrita do que o conceito sociológico, que supõe entidades societais básicas e vê a família como uma instituição. Ao falar de instituições, podemos “referir a organizações com objetivos, a uma organização de trabalho, a uma estrutura de tomada de decisão, a uma equipe etc. orientadas para o trabalho com crianças” (NASMAN, 1994, p.167).

Goffman (1974, p. 11) define a instituição “um local de residência e trabalho onde grande número de indivíduos com situação semelhante, separados da sociedade mais ampla por considerável período de tempo, levam uma vida fechada e formalmente administrada”.

Esta definição destaca tanto o afastamento da vida social quanto a criação de um espaço único e com caráter totalizador da experiência pessoal. Ele também nos alerta que as características da organização atuam sobre a experiência pessoal e o sentimento de si mesmo, podem ser encontradas em diferentes graus em outras instituições.

Atualmente, sabemos que as crianças e os adolescentes vivem nas instituições processos engendrados em seus interiores que nem sempre chegam aos seus exteriores da mesma forma que são vivenciados pelos pupilos ou que se justificam frente a seus mandatos sociais. Processos identitários de empobrecimento e mortificação do eu (GOFFMAN, 1974) não se aplicam apenas aos manicômios, mas são passíveis de acontecer em qualquer instituição onde os interesses ou demandas dos internos não sejam os mesmos dos seus dirigentes. É preciso ir além da retórica para perceber como as instituições trabalham muito mais no sentido de sua manutenção do que no seu mandato social.

Neste contexto amplo, emergem as demandas para o atendimento em saúde mental como as inúmeras queixas escolares que chegam aos serviços, com as diferentes formas de violência e diagnósticos que operam a normalidade e a anormalidade nestes espaços.

A INSTITUCIONALIZAÇÃO E A POLÍTICA DE ATENDIMENTO EM SAÚDE MENTAL

Um breve olhar para a história da atenção em saúde mental (REIS et al., 2010) nos mostra que a institucionalização foi historicamente a forma de crianças adolescentes e famílias com demandas de atenção em saúde mental receberem atendimento especializado.

No entanto, a mudança do tipo de atenção para os serviços comunitários e territorializados exige mais do que o simples deslocamento geográfico e implica ação de vários atores para fazer acontecer uma nova forma de atenção.

Vejam. A consideração da criança e do adolescente como sujeito de direitos é um dos pilares desta nova forma de atenção (BRASIL, 2005). No entanto, no estatuto que os define juridicamente como sujeitos de direitos, observamos definições e posicionamentos claros

em relação a práticas institucionalizantes quanto aos atos infracionais cometidos por adolescentes, às medidas de privação de liberdade e à permanência em abrigos, porém em relação às crianças com transtornos mentais e deficiências, observamos que nada de novo se propõe e, sim, a confirmação de práticas já existentes.

A brevidade com que o art.11 trata da questão no atendimento à saúde, “A criança e o adolescente portadores de deficiência receberão atendimento especializado” (Art.11. Paragrafo1º), soa como se os direitos não tivessem nada a questionar nestas práticas, como se crianças, adultos, especialistas e instituições estivessem em paz nas práticas do assim chamado atendimento especializado. Como se ali não houvesse produtos questionáveis tais como estigmas, segregações e mistificação das práticas de saúde. Claramente, as práticas públicas de saúde mental voltadas para crianças e adolescentes foram desresponsabilizadas deste tipo de prestação pela preferência/comodidade dada ao atendimento pelo setor filantrópico, que melhor se coadunava com os ideais higienistas, até então hegemônicos. Merece consideração também os efeitos sociais da longa duração destas práticas que, em parte, não incluiu o tema nas discussões para a formulação do que seriam os direitos da criança e do adolescente.

Além da concepção como sujeito de direitos, as normativas da política nacional de atendimento à saúde mental têm como pilares o contexto histórico do Sistema Único de Saúde (SUS), que prevê a integralidade, a equidade e o acesso à saúde e a Reforma Psiquiátrica Brasileira, construída sob a crítica à instituição asilar como forma de resposta ao sofrimento psíquico. Na junção das diferentes ações destas políticas públicas, foi cunhado o nome de apoio/atenção psicossocial para as práticas em saúde mental nos serviços territorializados, incluindo os serviços para a infância e adolescência.

A III Conferência Nacional de Saúde Mental Cuidar Sim, Excluir Não, realizada de 11 a 15 de dezembro de 2001, apontou a necessidade de, por um lado, conhecer a complexa realidade da institucionalização de crianças (Resolução 179 - Realizar um censo nacional, operacionalizado pelos municípios, para mapeamento dos serviços existentes, contemplando o perfil clínico, social e epidemiológico

da clientela infantojuvenil que vem sendo atendida nos serviços de saúde mental públicos, filantrópicos e contratados e instituições de assistência social e judiciárias) e, por outro, a necessidade de regulamentar a existência de serviços públicos para esta população nos moldes da Reforma Psiquiátrica e do Estatuto da Criança e do Adolescente.

São dois os dispositivos previstos pela política pública de saúde mental para atenção psicossocial em saúde mental infantojuvenil: o Centro de Atenção Psicossocial infantojuvenil, CAPS I, previsto pela portaria 336, de 2001 e o Fórum Nacional sobre Saúde Mental Infantojuvenil, previsto na Portaria n.º1608, de 2004 (BRASIL, 2005), para orientar o trabalho no sentido da mudança de serviços institucionalizantes para serviços de base comunitária.

Este Fórum esteve reunido por nove vezes desde a sua criação, tendo produzido Documentos/Recomendações (BRASIL, 2007; 2010; 2013) para diferentes políticas públicas visando à implementação da política pública de saúde mental nesta faixa etária.

Quadro 1- Cronologia das reuniões do Fórum Nacional de Saúde Mental infantojuvenil

Agosto 2004	Implantação do Fórum.
Dezembro 2004	Linhas gerais para uma política intersetorial de Saúde mental.
Mai 2005	Os desafios da desinstitucionalização.
Dezembro 2005	Articulação saúde e justiça.
Julho 2006	Criança e adolescente em situação de risco.
Dezembro 2006	Sofrimento psíquico na criança e adolescente e a estratégia de cuidado em rede.
Junho 2007	Rede de cuidados na perspectiva da intersetorialidade.
Março de 2009	Álcool e outras drogas: atenção integral e inclusão.
Novembro de 2012	Desafios para o campo da infância e juventude no âmbito da Rede de Atenção Psicossocial – RAPS.

Fonte: Ministério da Saúde (2013)

Destacamos, na Recomendação 01/2005 “Diretrizes para o Processo de Desinstitucionalização de Crianças e Adolescentes em Território Nacional” (BRASIL, 2005), a ênfase colocada no papel dos CAPS I em desenvolver ações de desinstitucionalização consoantes com os princípios da reforma psiquiátrica. O documento ainda indica, entre outras, a necessidade de criação de serviços de base territorial e a “reestruturação de toda a rede de atendimento existente no sentido de afiná-la às atuais diretrizes da política pública de saúde mental” (BRASIL, 2005).

De acordo com o Ministério da Saúde (BRASIL, 2015), atualmente os serviços de saúde mental infantojuvenil existem em número insuficiente sendo 201 no país.

Ao CAPS I é previsto ser o articulador das ações de saúde mental em seu território, esboçando-se então a concepção de intersectorialidade e as estratégias operacionais da atenção psicossocial que foram então definidas:

Reconhecer aquele que necessita e/ou procura o serviço – seja a criança, o adolescente ou o adulto que o acompanha -, como o portador de um pedido legítimo a ser levado em conta, implicando uma necessária ação de acolhimento;

Tomar em sua responsabilidade o agenciamento do cuidado, seja por meio dos procedimentos próprios ao serviço procurado, seja em outro dispositivo do mesmo campo ou de outro, caso em que o encaminhamento deverá necessariamente incluir o ato responsável daquele que encaminha;

Conduzir a ação do cuidado de modo a sustentar em todo o processo a condição da criança ou do adolescente como sujeito de direitos e responsabilidades, o que deve ser tomado tanto em sua dimensão subjetiva quanto social;

Comprometer os responsáveis pela criança ou adolescente a ser cuidado – sejam familiares ou agentes institucionais – no processo de

atenção, situando-os igualmente como agentes da demanda;

Garantir que a ação do cuidado seja o mais possível fundamentada nos recursos teórico-técnicos e de saber disponíveis aos profissionais, técnicos ou equipe atuantes no serviço, envolvendo a discussão com os demais membros da equipe e sempre referida aos princípios e às diretrizes coletivamente estabelecidas pela política pública de saúde mental para a construção do campo de cuidados;

Manter abertos os canais de articulação da ação com os outros equipamentos do território de modo a operar com a lógica da rede ampliada de atenção. As ações devem orientar-se de modo a tornar os casos em sua dimensão territorial, ou seja, nas múltiplas, singulares e mutáveis configurações determinadas pelas marcas e balizas que cada sujeito vai delineando em seus trajetos de vida (BRASIL, 2005, p.15-16).

O que seria deste novo papel que a política pública de saúde mental assume para si, se não trabalhar no sentido de promover transformações nos locais instituídos para a infância e as suas produções?

Na configuração da nova lógica do atendimento proposta para a atenção em saúde mental infantojuvenil (BRASIL, 2005), enfatiza-se, então, o papel dos serviços para a construção de práticas desinstitucionalizantes e estes, por sua vez, encontram diversos tipos de dificuldades enraizadas no cotidiano e nas diferentes significações que as queixas assumem no cotidiano das instituições e em virtude de um histórico bastante atual de segmentações e normatizações, sempre disponíveis nesta área.

A AÇÃO NOS SERVIÇOS

Neste sentido, podemos entender que uma parte significativa das ações em saúde mental é precisamente o fazer das equipes nos

serviços. Trabalho permeado pelas sinuosidades que se apresentam no cotidiano. Sem a necessária reflexão sobre as práticas de institucionalização e a posição das crianças na vida social, aspectos importantes para a desinstitucionalização de crianças e adolescentes, relacionados ao cotidiano dos serviços, podem não ter a potência desejada, repetindo-se como lugar de exclusão.

No cotidiano dos serviços, não encontramos abstrações, entes, sujeitos de direitos, tabelas de desenvolvimento ou quadros nosográficos, apesar de estarem sempre presentes. Estamos *em* serviço e o nosso encontro acontece com crianças e adolescentes e famílias, pessoas, com os quais nos relacionamos. Como fazer sentido, então, para uma prática transformadora, comunitária e territorializada?

Com os historiadores, podemos buscar ainda uma orientação sobre as transformações e as mudanças que não acontecem de maneira abrupta, mas têm o seu tempo e ocorrem num interjogo possível.

O importante é que a mudança deve compor necessariamente com a não mudança. Como a água de um rio condenado a correr entre duas margens, muitas vezes mesmo entre ilhas, bancos de areia, obstáculos [...], a mudança é como que pega de antemão numa cilada e se consegue suprimir um pedaço considerável do passado, é preciso que esse passado já não tenha resistência excessiva, que já tenha se desgastado por si mesmo. Na verdade, a mudança adere à não mudança, segue as fraquezas destas, utiliza as suas linhas de menor resistência. Sempre há compromisso, coexistência, ajustes e, não menos, querelas, conflitos. Nessa divisão constante entre pró e contra, há de um lado o que se move, do outro o que se obstina a ficar no mesmo lugar (BRAUDEL, 1992, p.356-357).

Se nos relacionamos com crianças e adolescentes e famílias e se assim é esperado que façamos, precisamos agir em deslocamentos

possíveis. Recorrendo à metáfora do historiador, vemos que o deslocamento mais próximo é em relação às nossas práticas. Com Gallo (1997), podemos sugerir um primeiro deslocamento; para a autora, a passagem de um paradigma de tutela para um paradigma contratualístico evidenciou o caráter assimétrico da relação entre a população e os serviços e as limitações daquele paradigma que buscava intervir “em” para a necessária mudança do intervir “com”.

Entende-se que esta dissociação é produto de objetificações que outorgam poder ao saber construído sob formas autoritárias, tal como os modelos naturalistas de doença. Quando falamos de sofrimento psíquico na infância, falamos de uma perspectiva histórica que enfatizou a normatividade. Não é por acaso que as descrições dos quadros sobre o autismo e psicose na infância tenham surgido na década de 50, exatamente no pós guerra, quando se tem uma necessidade grande de olhar mais para a condição da vida das crianças e quando há um reconhecimento da criança como um ser vulnerável, imaturo física e mentalmente, inclusive por agências internacionais (BERTUOL, 2003).

O sofrimento psíquico, no entanto, não é a mesma coisa que uma descrição nosográfica, embora os profissionais dos serviços lidem cotidianamente com este paradoxo, uma vez que tais classificações estão presentes em diferentes procedimentos, registros e também como demanda de instituições de atendimento. A doença apresenta um código produzido, como nos mostrou Foucault (1979), no contexto da segregação, institucionalização e do exercício do poder/saber médico, e como um processo que legitima o caráter institucionalizante dos tratamentos. No entanto, como dizíamos, está lá e continua irradiando seus poderes para diferentes campos sociais. Já o sofrimento psíquico não se mostra desta forma, não como uma entidade mórbida ou como enfermidade, sua apresentação é mais sutil e envolve relações que se estruturam em torno da identidade e do sentimento de si mesmo ou personalidade.

Uma parte importante do sofrimento psíquico entendido desta forma relaciona-se a impossibilidades de viver junto com os outros, aspecto estruturante do que entendemos por humanidade e da forma pela qual nos constituímos como seres humanos: em sociedade.

Entendemos que o atendimento para crianças e familiares em sofrimento psíquico deve buscar um diálogo diferente do diálogo baseado em queixas, sintomas e diagnósticos e, ainda, articular-se com uma discussão sobre a posição social da criança, pois este é exatamente o aspecto mais naturalizado da infância.

Para Rotelli, Leonardis e Mauri (2001) desinstitucionalização das práticas da psiquiatria implica em mudança do paradigma racionalista e coloca as categorias nosográficas entre parênteses, e, ao lidarmos com as crianças “como existência sofrimento no corpo social”, facilmente encontraremos múltiplas determinações para o sofrimento, bem como, as diferentes formas de violência com que crianças vêm sendo tratadas em relações desiguais e que tratam apenas de colocá-las em lugar visível, fora do mundo adulto, para serem controladas.

Outro deslocamento, ainda nosso, é o de sair do lugar de quem detém a solução para o problema. Para cada problema, uma solução. Esta lógica determinista vem ganhando espaço e também discussão em amplos fóruns nacionais e internacionais sobre a medicalização de crianças e adolescentes.

Rosemberg e Minayo (2001) apontam como a objetivação científica das doenças instaura um novo objeto de estudo: é a doença que interessa ao médico e não mais aos adoecimentos e cura dos sujeitos doentes. Deslocando-se do mundo real, a biomedicina desconsidera os relatos dos sujeitos doentes como objeto de saber e prática, excluindo, assim, a própria experiência dos sujeitos no conhecimento de sua própria saúde e consagra um modelo que “medicaliza” a vida e a sociedade.

O olhar fragmentado e intervencionista deixa pouco espaço para a compreensão do contexto em que se desenrolam, no mundo vivido, os processos saúde-doença. Assim, somos constantemente atravessados, por um discurso que ainda ronda o campo da saúde e não se desloca muito do discurso de uma ciência positivista do século XIX e início do século XX. Se naquela época, a frenologia associava formas do crânio com predisposições à loucura e à criminalidade; atualmente, deparamo-nos com inúmeras construções ditas científicas que não tratam exatamente dos loucos, mas dos

hiperativos, dos portadores de déficit de atenção, disléxicos, dentre outros.

É no interior dos serviços que vemos, cada vez mais, as demandas por atenção crescerem como pedidos por ajustamento, docilidade e disciplina das crianças, o assunto tem dimensões dramáticas:

Franco Basaglia escreveu no “Conceito de saúde e doença” de 1975, um tempo que parece muito distante, “que a ideologia médica assume para si a experiência da doença, neutralizando-a até reduzi-la a objeto puro de sua competência”, induzindo a pessoa que está mal “a viver a doença como puro acidente objetivável pela ciência e não como experiência pessoal. Resta esta questão chave, sobre a qual muito pouco se discute e se trabalha e que não entra de fato na formação dos médicos: a questão do saber/poder do médico, o seu relacionamento com o mercado e com a sociedade, a medicalização que aliena, que empobrece a existência, que transforma a dor e sua complexidade como puro conjunto de sintomas. A escolha entre fármacos e conversa pode ser uma falsa alternativa se em ambos os casos se trabalha com diagnósticos, em espaços separados, com linguagens esotéricas que fazem sentir pobres e fracos se não se tem, como no filme de Woody Allen, a pílula certa para a própria angústia ou o número de telefone do terapeuta. (GIANNICCHEDA, 2005, tradução livre das autoras)⁹.

9 “Franco Basaglia scriveva nel “Concetto di salute e malattia” del 1975, un tempo che sembra molto lontano, “che l’ideologia medica assume per se’ l’esperienza della malattia, neutralizzandola fino a ridurla a puro oggetto di sua competenza”, inducendo la persona che sta male “a vivere la malattia come puro accidente oggettivabile dalla scienza e non come esperienza personale”. Resta questa la questione chiave, su cui troppo poco si discute e si lavora e che non entra affatto nella formazione dei medici: la questione del sapere/potere del medico, il suo rapporto col mercato e con la società, la medicalizzazione

O nosso terceiro, mas não menos importante deslocamento, é físico. Ao trabalharmos com as crianças e famílias nos deslocamos literalmente para outros espaços, além da nossa sala de atendimento. Colocar a doença entre parênteses implica em olhar e em estar presente em outros espaços da vida, não para controlá-los, mas como uma disponibilidade para relacionamentos e encontros.

No entanto, isso não significa ainda trabalhar em rede ou buscar aproximações intersetoriais, mas sim uma busca de sentidos, comunicação e a construção do que seja um problema ou mesmo uma queixa ou encaminhamento tal como se apresenta para biografia da família, seus conteúdos, possibilidades e dimensões relacionais. Ainda Gallio (1997) cita a reflexão de Folgheraiter (1991) sobre a definição do que seja um problema ou uma queixa:

O problema mesmo, na verdade, pode não existir: na complexidade de muitas situações de sofrimento social (pensando nas assim chamadas famílias multiproblemas), o ato de definir com precisão aquilo que “é” problema permanece em si mesmo um problema; mas, mesmo admitindo que ao final, bem ou mal, aproximando se consiga enquadrá-lo em algum diagnóstico, etiqueta ou outra coisa, então nos damos conta que esta observação, sobre a qual nos fixamos, não é mais do que um alvo estático e imóvel (mesmo lá onde se fala de um problema “crônico”). Cada problema evolui com o tempo e se transforma, e pode se decompor em fluxos ou em fragmentos, cujas ligações com o ponto de origem podem existir ou não. De modo que, ou a

che aliena, che impoverisce l'esistenza, che restituisce il dolore e la sua complessità' come puro insieme di sintomi. La scelta tra farmaco e colloquio può essere una falsa alternativa se in entrambi i casi si lavora su diagnosi, in spazi separati, con linguaggi esoterici che fanno sentire poveri e deboli se non si ha, come nei film di Woody Allen, la pillola giusta per la propria angoscia o il numero di telefono del terapeuta.” (GIANNICCHEDA, 2005).

resolução é tempestiva, ou se corre o risco de responder a uma “outra” necessidade, que não está mais nas formas reveladas no diagnóstico”. (...) Os problemas tomados, objetivamente, restam sempre dentro da unicidade e singularidade das pessoas, de modo que, e também por isso (não somente por que são “transitórios”) não podem ser tratados como alvos a serem atacados, porque se corre o risco de acertar o “sujeito” que os contém¹⁰ (FOLGHERAITER, 1991, p.102 apud GALLIO, 1997, p. 69, grifos do autor. Tradução livre das autoras).

Estes deslocamentos indicam por onde é possível ir na ação junto ao território e às práticas intersetoriais e de rede. Novamente é preciso insistir que não basta o serviço ter uma área de abrangência bem delimitada, seja de maneira burocrática, seja pela presença do serviço em bastante tempo no local. O território, nas práticas de saúde mental, será sempre o território existente, desejado, vivido ou imaginado. Kinoshita (1997) nos lembra de que a palavra

10 “Il problema stesso, addirittura, può non esserci: nella complessità di molte situazioni del disagio sociale (si pensi alle cosiddette “famiglie multiproblema”), l’atto di definire con precisione ciò che “è” problema rimane esso stesso un problema; ma anche ammettendo che alla fine, bene o male, si riesca, approssimando, a racchiuderlo in una qualche diagnosi o etichettatura o altro, ci si accorge poiche questa osservazione su cui ci si è fissati, tutto è fuorché un target statico e immobile (anche laddove si parli di problema “cronico”). Ogni problema nel tempo si evolve e si trasforma, e può scomporsi in rivoli o in frammenti i cui legami con il punto di origine possono esserci o non esserci. Cosicché, o la risoluzione è tempestiva, o si rischia di rispondere ad un bisogno “altro”, che non è più nelle forme rilevate nella “diagnosi”. (...) I problemi, oggettivamente intesi, giacciono sempre dentro l’unicità e la singolarità delle persone, cosicché anche per questo (non solo perché sono “sfuggenti”) non possono essere trattati come bersagli da colpire, perché si rischia di colpire il “soggetto” che li racchiude.” (FOLGHERAITER; 1991, pag.102 apud GALLIO, 1997, p. 69).

território tem origem em terra, mas que “há também uma outra interpretação que indica a origem em terror, ou seja, uma área onde um sujeito exerce o terror ou domínio (...). Um território implicaria, então, sempre um sujeito, um alguém que exerça o seu ‘terror’” (p.45).

É difícil imaginarmos que este território seja, então, desvinculado da vida da sociedade. O território pode, então, ser entendido como um lugar onde a vida acontece, onde a criatividade pode acontecer. Saraceno (2001) nos fala que a reabilitação psicossocial atua em espaços consagrados da vida em sociedade, na casa, no mercado e no trabalho, enfatizando dimensões de pertencimento e sociabilidade enraizadas no lar e na possibilidade de habitar os lugares; de diferentes trocas, papéis e dinâmicas de reconhecimento e reciprocidade e do sentido criativo e participativo do trabalho.

Ao deslocar de soluções prontas para projetos construídos com a criança e a família, não como prescrições ou objetivos a serem alcançados, mas como negociação e processualidade, podemos permitir que aspectos mais criativos do nosso trabalho, as invenções, apareçam e que os afetos envolvidos, esquecidos em processos totalizadores, possam ser ativados.

O Projeto Terapêutico Singular é uma produção de crianças, famílias, profissionais e equipe de trabalho *em serviço*. Ele só pode existir na medida em que houver espaço para que todos possam ser ouvidos e para que demandas e queixas possam ser recolocadas e ressignificadas em espaços pessoais e de relação. O encontro com o atendimento, o profissional e o serviço pode ativar formas singulares de existir e possibilidades de mudança e transformações de situações opressivas ou limitadoras da vida vividas com sofrimento psíquico.

Para que possa acontecer é preciso, muitas vezes, que tenhamos a dimensão da força dos processos de institucionalização da infância para nós mesmos e para as pessoas que estão em atendimento, abrindo possibilidades de diálogo e negociação em espaços da vida, para que outras narrativas possam surgir. O deslocamento físico, no entanto, desloca também o lugar de nossas ações: no corpo social.

A noção de território como um espaço de ação importante convoca as práticas clínicas a saírem das instituições e propormos uma clínica que constrói a atenção e o cuidado à criança e ao adolescente realizada de forma interdisciplinar e intersetorial.

O trabalho intersetorial e de rede, em nosso ponto de vista começa como uma invenção, construção, quando temos as ferramentas produzidas nestes deslocamentos. Ultrapassar os muros terapêuticos e nos voltarmos para os lugares onde a infância e adolescência circulam. Estar na rua, nas escolas, parques, cinemas, e outros tantos espaços traz para essas crianças possibilidades de vida e saúde, possibilidade de romper dicotomias, rótulos, saberes instituídos sobre quem é louco e quem não o é. Provocar novas formas de vida, de produção, romper as fronteiras da exclusão social a que essas crianças são submetidas são os efeitos e possibilidades dessa prática.

A proposta de atenção a crianças e adolescentes regidos pelos princípios de uma ética e uma lógica do cuidado leva à construção de um trabalho que parte do princípio de que crianças e adolescentes e famílias são sujeitos de direitos, implicando que os mesmos são responsáveis por sua demanda, seu sofrimento e seu sintoma e têm, como direito assegurado, o cuidado. Nesse sentido, construir com eles as ferramentas clínicas, terapêuticas e sociais para que possam negociar a sua parte do mundo faz parte da atenção/clínica em saúde mental. Os serviços de saúde mental abrem suas portas, ouvem e reconhecem a legitimidade da procura, responsabilizando-se na construção permanente da rede, transformando compromettimentos individuais em compromissos coletivos.

REFERÊNCIAS

ARIÈS, P. **História social da criança e da família**. Rio de Janeiro: Guanabara, 1981.

BARALDI, C.; MAGGIONI, G. **Cittadinanza dei bambini e costruzione sociale dell'infanzia**. Urbino: Quattroventi, 1997.

BERTUOL, C. **A criança e o estatuto da criança e do adolescente: um estudo sobre a polissemia da criança nos espaços públicos**. 2003. 200f. Dissertação (Mestrado em Psicologia Social) – Programa de Estudos Pós-graduados em Psicologia Social, PUC, São Paulo.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Caminhos para uma política de saúde mental infanto-juvenil**. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2005.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Relatório de Gestão 2003-2006: saúde mental no SUS**. Acesso ao tratamento e mudança no modelo de atenção. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2007.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Legislação em saúde mental – 2004 a 2010**. Edição XII Colegiado dos Coordenadores de Saúde Mental. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2010.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Fórum Nacional Infantojuvenil**. Recomendações. Versão Preliminar. Brasília, 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Saúde Mental em Dados**, v.10, ano VII, n.10. Informativo eletrônico. Brasília, outubro de 2015. Disponível em <http://portalsaude.saude.gov.br/images/pdf/2015/outubro/20/12-edicao-do-Saude-Mental-em-Dados.pdf>. Acesso: em 02 nov. 2015.

BRAUDEL, F. **Escritos sobre a História**. São Paulo: Perspectiva, 1992.

CHARTIER, R. The practical impact of writing. In: CHARTIER, R. (Org.). **A history of private life. Passions of Renaissance**, v.3, Cambridge: Harvard University Press, 1989. p.111-160.

FOUCAULT, M. **A microfísica do poder**. Rio de Janeiro: Graal, 1979.

FRONES, I. Dimensions of childhood. In: QVORTRUP, J. et al. (Orgs.). **Childhood matters: social theory, practice and politics**. Aldershot/Brookfield (USA)/Hong-Kong/Singapore/Sydney: Avebury, 1994.p.145-164.

GALLIO, G. Lavoro territoriale e approccio di rete. **Medico e Bambino**, n. 10, p. 67-71, 1997. Disponível em: http://www.medicoebambino.com/?id=9710_679.pdf. Acesso em: 16 ago.2016.

GIANNICCHEDDA, M. G. Il dolore delle persone. **Il dialogo**, n. 919, 2005. Disponível em: <http://www.ildialogo.org/esperto/dolorepersoneo4052005.htm>. Acesso em: 12 jul. 2012.

GOFFMAN, E. **Manicômios, prisões e conventos**. São Paulo: Ed. Perspectiva, 1974.

JURDI, A. P. S. **A ética do cuidado e do encontro: a possibilidade de construir novas formas de existência a partir de uma brinquedoteca comunitária**. 2009. 142f. Tese (Doutorado em Psicologia) – Instituto de Psicologia, Universidade de São Paulo, São Paulo.

KENNEDY, D. As raízes do estudo da infância: história social, arte e religião. In: KOHAN, W. O.; KENNEDY, D. (Orgs.). **Filosofia e infância: possibilidades de um encontro**. v. III, Petrópolis: Vozes, 1999. p.129-159.

KINOSHITA, R.T. Em busca da cidadania. In: CAMPOS, F.C.B.; HENRIQUES, C. M. P. (Orgs.). **Contra a maré à beira-mar. A experiência do SUS em Santos**. São Paulo: Scritta, 1997.

MAGGIONI, G.; BARALDI, C. Children rights and contemporary sociological perspectives of childhood. In: VAN LOON, F; VAN AEKEN, K. (Orgs.). **60 maal recht en 1 maal wijn. Sociology of Law, social problems and legal policy**. Acco: Leuven, 1999. p. 63-74.

NASMAN, E. Individualization and institutionalization of childhood in today's Europe. In: QVORTRUP, J. et al. (Orgs.). **Childhood matters: social theory, practice and politics**. Aldershot/Brookfield (USA)/Hong-Kong/Singapore/Sydney: Avebury, 1994.p.165-188.

ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS (ONU). **Convenção Internacional dos Direitos da Criança**. 1989. Disponível em: http://www.unicef.org/brazil/pt/resources_10120.htm . Acesso em: 10 set. 2016.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). **Relatório sobre a saúde no mundo 2001**. Saúde mental: nova concepção, nova esperança. Genebra: Organização Mundial da Saúde, 2001.

QVORTRUP, J. **Childhood and societal macrostructures. Childhood exclusion by default**. Working paper 9. The Department of Contemporary Cultural Studies. Odense University, 1999. Disponível em: http://www.hum.sdu.dk/center_kultur/arb_pap/. Acesso em: 16 ago. 2016.

REIS, A. O. A.; et al. Breve História da Saúde Mental Infantojuvenil. In: LAURIDSEN-RIBEIRO, E.; TANAKA, O. Y (Orgs.). **Atenção em Saúde mental para crianças e adolescentes no SUS**. São Paulo: Hucitec, 2010, p.109-130.

RIZZINI, I. **O século perdido: raízes históricas das políticas públicas para a infância no Brasil**. São Paulo: Unimarco Ed., 2010.

ROSEMBERG, B.; MINAYO, M.C. de Souza. A experiência complexa e os olhares reducionistas. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 6, n. 1, p. 115-123, 2001. Disponível em: <http://www.scielo.br>. Acesso em: 10 jul. 2013.

ROTELLI, F.; LEONARDIS, O.; MAURI, D. **Desinstitucionalização**. 2. ed. São Paulo: Hucitec, 2001.

SARACENO, B. **Libertando identidades. Da reabilitação psicossocial à cidadania possível**. 2. ed. Rio de Janeiro: Té Corá, 2001.

CAPÍTULO 4

LABORATÓRIO DO CONHECIMENTO COMPARTILHADO: ENCONTRO PRODUTOR DE EXPERIÊNCIA

*Maria Inês Badaró Moreira
Florianita Coelho Braga-Campos
Fernando Sfair Kinker*

Do ponto de vista da experiência, o importante não é nem a posição (nossa maneira de pormos), nem a ‘o-posição’ (nossa maneira de opormos), nem a ‘imposição’ (nossa maneira de impormos), nem a ‘proposição’ (nossa maneira de propormos), mas a ‘exposição’, nossa maneira de ‘ex-pormos’, com tudo o que isso tem de vulnerabilidade e de risco. Por isso é incapaz de experiência aquele que se põe, ou se opõe, ou se impõe, ou se propõe, mas não se ‘ex-põe’. É incapaz de experiência aquele a quem nada lhe passa, a quem nada lhe acontece, a quem nada lhe sucede, a quem nada o toca, nada lhe chega, nada o afeta, a quem nada o ameaça, a quem nada ocorre (BONDIÁ, 2002, p.25).

APRESENTAÇÃO

O objetivo deste capítulo é apresentar a experiência do Laboratório de Conhecimento Compartilhado em Saúde Mental da Unifesp-Baixada Santista. Como o próprio termo laboratório indica, trata-se de um espaço de articulação, estudo e prática que, partindo de

referenciais desinstitucionalizantes, em especial, aqueles vinculados às discussões e aos paradigmas da Reforma Psiquiátrica, convida ao diálogo diferentes atores de origens distintas, encontrando-se aberto às novidades e ao inusitado da experiência.

Trata-se também de um lugar que exprime as inquietudes de professores e pesquisadores que, embora atualmente se encontrem inseridos no universo acadêmico universitário, são originários de um longo percurso de práticas na constituição de redes de serviços comunitários e territoriais. Sendo assim, as atividades desse laboratório exprimem a necessidade de aliar a formação e a pesquisa à prática viva dos serviços, uma vez que sem ela o fazer científico perde seu sentido e sua vitalidade. Afinal, partilharmos da afirmação de Basaglia (1982), para quem “o máximo da teoria é a prática”.

O Laboratório de Conhecimento Compartilhado em Saúde Mental da Unifesp-Baixada Santista é um espaço em construção que visa a contribuir com a qualificação dos trabalhadores dos serviços públicos de saúde mental em consonância com a Política de Saúde Mental definida para o Sistema Único de Saúde. Realiza encontros entre docentes, alunos, profissionais de serviços de saúde, usuários de serviços de saúde mental e familiares, assim como demais interessados nessa temática, com vistas a uma articulação entre diferentes instituições da Baixada Santista. Um de seus objetivos é fortalecer e dar visibilidade às lutas pela desinstitucionalização das pessoas que vivem sofrimentos psíquicos, convocando diferentes protagonistas a partilhar, debater e produzir conhecimentos.

Com essa ação, vem reduzindo a distância entre os ambientes acadêmicos e a comunidade em geral, uma vez que é inconcebível a separação entre as diferentes experiências - do usuário e sua família, do trabalhador e do gestor do serviço, do professor e do aluno da universidade, pois são essas relações e esses atores que possibilitam a produção de novos conhecimentos.

Essa construção conjunta de projetos entre diferentes atores tende a qualificar o ensino e a pesquisa, colocando os esforços e as linhas de pesquisa da universidade no caminho das reais necessidades dos serviços e dos usuários; qualificar o trabalho desenvolvido nos serviços, articulando a reflexão sobre a prática às construções

teóricas; transformar valores sociais e o olhar sobre a pessoa com sofrimento psíquico, através da participação dos usuários e de mudanças nos fluxos das relações de poder/saber (FOUCAULT, 2003).

Entendemos como necessidades reais aquelas advindas dos processos de desinstitucionalização e de desconstrução do paradigma psiquiátrico. Diferente da psiquiatria tradicional, que só se relaciona com a doença e não com o sujeito, e para isso tem respostas prontas, construídas sobre a nosografia das doenças, as necessidades reais dizem respeito à experiência existencial do usuário dos serviços, e estão envoltas por um conjunto de relações de forças e contextos reais e concretos de vida e de relações. Assim, resgatamos uma das ideias de Basaglia para quem era fundamental o encontro legítimo com os usuários, em torno de suas reais necessidades. Para ele,

liberar as necessidades reais do usuário de um serviço, das necessidades artificiais, produzidas de tal maneira que a resposta à necessidade se traduza no controle da classe subordinada, significa romper este mecanismo e fazer explícita, na prática, a função da ideologia científica como suporte falsamente neutro da ideologia dominante (BASAGLIA; BASAGLIA, 1977, p.17)¹¹.

Entretanto para se estabelecer essa construção conjunta, exige-se uma mudança de postura dos envolvidos, inclusive, e principalmente, da universidade, e a construção de um corpo coletivo potente que exercite a criatividade e o pensamento crítico através de projetos em comum.

O PAPEL DA UNIVERSIDADE NO CONTEXTO DA REFORMA PSQUIÁTRICA ATUAL

Na medida em que o processo de desinstitucionalização requer, fundamentalmente, uma mudança da relação social com o fenômeno da loucura, os espaços de formação devem ser transformados

11 Tradução dos autores.

em locais privilegiados de reflexão e de produção de novos sentidos para a compreensão do sofrimento humano em suas diversas dimensões.

Ao instituir situações de debate e análise sobre a exclusão e com isso introduzir uma nova produção de relações, esse modo coletivo de produzir conhecimento pode vir a contribuir para que profissionais, usuários e familiares compreendam que o trabalho em saúde mental não passa por uma adequação ou uma adaptação da loucura à ordem social. Pois trata de um trabalho coletivo em uma busca contínua pelo convívio entre diferentes modos de ser, em busca de uma nova produção de modos de viver, ou seja, “[...] produção de vida, de sentido, de sociabilidade, utilização das formas (dos espaços coletivos) de convivência dispersa” (ROTELLI; DE LEONARDIS; MAURI, 2001, p.30).

As poucas relações estabelecidas entre o mundo acadêmico e a comunidade podem trazer as conseqüentes dificuldades de profissionais para o cuidado com essa população, ou para se relacionar com o sofrimento psíquico grave. Para Rotelli, De Leonardis e Mauri (2001), o objetivo prioritário da desinstitucionalização deveria ser a transformação das relações entre sujeitos. E, por isso, seria necessário proporcionar uma existência mais rica de recursos, de possibilidades e de experiências, que somente pode ocorrer com uma postura de abertura para o acolhimento da alteridade.

Ao longo desses anos de intensas transformações na saúde pública, há um evidente distanciamento entre a assistência e ensino. Cerqueira (1996) evidenciou que, mesmo que uma série de propostas e novos dispositivos de atenção em saúde mental tenham sido implementados, os profissionais, de maneira geral, continuam sendo formados para “as velhas práticas”. Soma-se a isso a formação em mundos paralelos dos profissionais que atuam nessa área, que, na maioria das vezes, tomam conhecimento dessas transformações somente por meio de cursos de pós-graduação (VASCONCELOS, 1999). Por muitas décadas, as questões da saúde mental eram tratadas em regiões fronteiriças dos cursos de graduação de profissionais de saúde. Segundo Guirado (1999, p.124), “... a universidade deveria engrossar o coro de vozes, e sabemos o peso que isso tem,

ainda, junto à opinião pública, deveriam circular informações, interna e externamente, sobre essa questão...”. Ou seja, as mudanças ocorridas no setor de saúde que envolvem o processo de trabalho, a produção de cuidado em saúde e a assistência devem avançar para além de espaços estanques, às margens da formação e se inserir no cotidiano da formação de novos profissionais em graduação.

O campo da saúde mental propõe uma invenção permanente na prática cotidiana que não se pode realizar sozinho. E, por isso, é impossível manter o silêncio sobre essa questão no espaço das agências formadoras de profissionais de saúde. O trabalho nesse campo tem demonstrado que promoção de saúde implica, necessariamente, uma transformação social. Portanto, faz-se necessário articular uma visão crítica capaz de produzir novos fazeres, que devem ser repensados nos espaços acadêmicos e que devem paulatinamente ser instaurados na reformulação das ações das políticas públicas em saúde mental.

UNIFESP – BS

A Universidade Federal de São Paulo (UNIFESP – BS) é a primeira universidade pública a chegar à Baixada Santista. Instituição tradicionalmente da Cidade de São Paulo, com as Escolas Paulistas de Medicina e de Enfermagem, implementou na Baixada Santista seis cursos da área de Saúde: Psicologia, Nutrição, Fisioterapia, Terapia Ocupacional, Educação Física e Serviço Social.

A UNIFESP Baixada Santista/BS graduou suas primeiras turmas em 2009 e tem como vocação formar profissionais para o Sistema Único de Saúde, ou seja, promover uma formação de acordo com o princípio da Saúde como Direito resguardado constitucionalmente (UNIFESP, 2006).

Duas inovações são importantes e merecem destaque em seu Projeto Político Pedagógico: a primeira diz respeito à visão da integralidade do cuidado, da atenção interdisciplinar e multiprofissional na formação e, como consequência, o processo de trabalho em equipe; a outra inovação é a metodologia de ensino, que busca aproximar o campo de prática desde o 1º ano, trazendo não apenas problemas para as salas de aula, mas levando o estudante

ao território, desenvolvendo atividades vinculadas a ações inter-setoriais (cultura, educação, saúde, assistência social) objetivando ampliar o conceito de saúde que lida com o homem inserido num território.

Esses princípios do Projeto Político Pedagógico do *Campus* fizeram com que ele desvendasse, logo cedo, uma vocação extensionista entre seus docentes, técnicos e alunos. O convívio próximo e intenso entre docentes, alunos e trabalhadores dos serviços de saúde fez emergir a necessidade de construção desse espaço coletivo em que os temas e os fazeres vão sendo debatidos e o conhecimento produzido num caldo de cultura misto entre protagonistas distintos de uma mesma cena que é a saúde mental no Brasil. Assim surgiu o Laboratório de produção compartilhada do conhecimento em Saúde Mental.

O LABORATÓRIO

O laboratório de produção compartilhada do conhecimento em saúde mental conta atualmente com a participação efetiva de cinco professores. Os professores que nele atuam participam de um dos eixos comuns de formação dos 6 cursos de graduação da Unifesp, o eixo comum de Trabalho em Saúde, e também dos eixos específicos de Psicologia e Terapia Ocupacional.

A participação dos alunos é aberta a todos os cursos, tendo contínua participação de alunos dos cursos de Psicologia, Terapia Ocupacional, Serviço Social e participação eventual de alunos dos demais cursos. Os estagiários, extensionistas e alunos de iniciação científica sob supervisão dos professores vinculados ao laboratório têm participação garantida. Nesses espaços, realizam seminários e debates teórico-práticos fundamentais para o desenvolvimento dos projetos a que estão ligados. Os profissionais dos serviços que participam desse laboratório são técnicos de referência e preceptores de atividades dos projetos da Unifesp. São profissionais de serviços de saúde de cidades da Baixada Santista, embora o espaço esteja aberto à participação de outros trabalhadores que demonstrem interesse nessa temática. Inicialmente definimos a realização de um mapeamento e reconhecimento dos locais de estágio e ou

atividades acadêmicas para realizar os convites aos trabalhadores. Ao longo dos encontros, outros trabalhadores foram tomando conhecimento dessa iniciativa e solicitaram participação ou foram convidados a participar.

Quanto à participação de usuários e familiares, temos desenvolvido relações com a Associação Maluco Beleza, da cidade de São Vicente. As reuniões mensais dessa associação estão sendo realizadas nos espaços de debate do laboratório, contando com a participação de trabalhadores, docentes e alunos em suas reuniões. Tais reuniões passaram a ser realizadas nas instalações da Universidade, uma vez que a Associação estava sem sede própria. Elas contam com participação de docentes e alunos que passaram a compreender seus desafios de modo mais orgânico e neles protagonizar decisões de interesse coletivo.

Os primeiros encontros tinham como interesse primordial o estudo e discussão de bases conceituais do grupo de docentes desse laboratório, portanto os temas do paradigma da desinstitucionalização, conceitos da Psiquiatria Democrática, território, projeto terapêutico, apoio matricial e produção de sociabilidade foram sendo trabalhados em cada encontro.

Com essa iniciativa, percebemos que emergia um espaço presencial de educação permanente para os profissionais, espaço de aprendizagem para os alunos, espaço de descoberta para usuários e espaço de trocas entre docentes que anteriormente se encontravam em situações de reuniões administrativas.

Os alunos envolvidos nesse laboratório se aproximaram e, em consequência, se apropriaram de intensas discussões e, com isso, a vida real dos serviços, dos profissionais e de seus usuários passou a fazer parte da agenda de discussões da academia de um modo muito mais próximo, pois vista de dentro. Assim os desafios da Reforma Psiquiátrica brasileira foram introduzidos, de modo dinâmico, nesses debates e os alunos sentindo-se muito mais envolvidos nas questões da saúde mental. Essas inserções produziram o desejo de conhecer mais e de produzir seus trabalhos de conclusão de curso nessa perspectiva e com essa temática. Em consequência, projetos de iniciação científica e trabalhos de conclusão de curso dos alunos

passaram a ser orientados ou coorientados pelos docentes desse laboratório.

Aos poucos, percebeu-se também que se iniciava a construção conjunta de um espaço de qualificação dos trabalhadores dos serviços públicos de saúde mental em consonância com a Política de Saúde Mental Brasileira. Essas ações fazem com que o laboratório se articule interna e externamente com diversas instituições da Baixada Santista. Nesses encontros, percebemos que, aos poucos, estamos conseguindo fortalecer e dar visibilidade às lutas pela desinstitucionalização das pessoas que vivem sofrimentos psíquicos, convocando diferentes protagonistas a partilhar e produzir conhecimentos. Como consequência desses movimentos, queremos manter nossa pretensão de reduzir a distância entre os ambientes acadêmicos e a comunidade em geral.

Cada vez mais, esse grupo busca afastar-se de um certo olhar “*psi*” que pretende adequar e adaptar o louco à conformidade das normas sociais. Como o trabalho da desinstitucionalização, pretende-se transformador de paradigmas. Trata-se de uma revolução no sentido de uma utopia concreta, como aquela pela qual lutou Basaglia (1982), para criar espaços de encontros. Essa utopia se impôs por meio da prática contra o pessimismo da razão e como fruto de construção coletiva, tornando-se uma utopia factível.

E vemos que pelas trocas cotidianas, somos capazes de produzir conhecimentos, mas antes disso, produzimos novos sujeitos, a partir de um desejo de aprender e construir juntos.

CONCEPÇÕES TEÓRICAS

A indagação lançada por Basaglia (1997) sobre a Psiquiatria evidencia a base moral e ideológica do interesse social pelas síndromes e o convívio com suas diversas formas de encarceramento. Para esse autor, fechar os manicômios e produzir uma forma de viver na cidade não significa implantar outros espaços mais ou menos artificiais com equipes trabalhando fora dos hospitais. Pois, para produzir um fazer antimanicomial, de fato, devem-se prever rupturas com o modelo sustentado na supremacia dos profissionais sobre o corpo do outro, considerado louco.

Assim, além do imprescindível desmonte da máquina manicomial, deve-se prever o desmonte de um olhar sobre o sujeito, a fim de criar espaços diversos de encontros que permitam reinventar a maneira de conceber a loucura, instituindo outras práticas sociais com a contribuição e participação de todos os envolvidos.

As conferências basaglianas (BASAGLIA, 1982) serviram de fundamentação para diversas mudanças nos serviços de saúde mental, no Brasil, a partir da década de 1980. De acordo com Amarante (1995), a transformação realizada por Franco Basaglia representa uma ruptura real com o modelo manicomial hegemônico e operou a mais profunda transformação institucional ao extinguir definitivamente o hospital psiquiátrico. Sua opção foi avançar para além da análise da instituição para um ataque direto ao desmonte de tudo aquilo que compunha um *modus operandi* de funcionamento sustentado pela psiquiatria clássica.

A desconstrução e a ruptura definitiva com o manicômio significam desmontar a causalidade linear e reconstruir um olhar para um objeto complexo que é o sofrimento psíquico como condição humana e não mais a doença mental como um problema psiquiátrico. Partindo da análise da concepção de sujeito para Basaglia, pode-se desenvolver instrumental teórico-metodológico para fundamentação de conceitos interdisciplinares necessários ao trabalho em saúde, à produção de plano de cuidado e ao redirecionamento das ações no âmbito dos serviços de saúde mental.

Sabemos que a liberação da loucura do iatrogênico saber biomédico não implica, automaticamente, uma ruptura com posturas e fazeres iatrogênicos, travestidos em “novos” conceitos. Essa ruptura acontece (ou não) num embate de forças cotidianas, em que se faz necessária uma mudança absoluta dos pressupostos epistemológicos e ontológicos hegemônicos para a elaboração de outra forma de lidar e conviver com o sofrimento humano e com modos de relacionar e existir próprios (fora da idealizada e internalizada normalidade), sem o estigma de doença, a ameaça ao outro e/ou a incapacidade de convívio social.

Desse modo, o manicômio deve ser compreendido como baluarte de uma forma de pensar e produzir saberes e fazeres

imprescindíveis a um saber hegemônico e excludente que até aqui tem dominado a ciência. Para Rotelli, De Leonardis e Mauri (2001), a desconstrução do aparato manicomial deve colocar em questão não somente o manicômio, mas a loucura e todo o conhecimento que se produziu a partir de sua patologização e, acima de tudo, as formas de se relacionar com os indivíduos considerados loucos, forjadas ao longo dos últimos séculos.

Rotelli (1994) afirma que a desinstitucionalização denuncia e se opõe à necessidade de se conter no simples o complexo desigual, violentando-o no âmbito do saber, das regras e das práticas. A desinstitucionalização opera uma ruptura da contenção e produz regras instáveis, portas abertas, cruzamento e circulação de conhecimentos múltiplos que podem liberar os conflitos. Um processo de desestabilização que pode criar as condições para o desenvolvimento de uma crítica prática, de experiências de subjetivação e de multiplicação de papéis, saída da inércia subjetiva e institucional, reapropriação emocionante da riqueza singular de atores que podem viver o jogo das trocas coletivas. Porque o que está em jogo na desinstitucionalização não é o manicômio, mas coloca-se em questão a doença, não é a instituição, mas o objeto da psiquiatria. Trata-se de colocar em questão aquele fenômeno produzido institucionalmente através dos saberes simplificados da nosografia psiquiátrica.

As respostas institucionais, produzidas a partir do paradigma psiquiátrico tradicional, são adequadas à noção de doença e não são apropriadas ao novo objeto, qual seja a “existência-sofrimento em sua relação com o corpo social” (ROTELLI, 1990). São tão pouco adequadas como seria um metro para medir um líquido, uma lente para ver toda a galáxia, ou uma caixa para conter um rio (ROTELLI, 1994). O problema se tornará não a doença, mas a emancipação; não a restituição da saúde, mas a invenção de saúde; não a reparação, mas a reprodução social, processos de singularização e ressingularização. O desafio é desinstitucionalizar as cenas que geram a violência e a exclusão, fazendo borbulhar possibilidades novas.

Assim, toma-se como necessidade maior transformar o paradigma, evidenciar a complexidade do objeto, para superar as soluções simplistas. É necessário, portanto, construir projetos de

transformação que produzam novos conhecimentos, a partir da prática viva, do diálogo mais imprevisível e singular, da assunção de riscos, da mudança de valores, da polifonia de identidades, da produção de vida.

A indagação lançada por Basaglia sobre a Psiquiatria clássica evidencia a base moral e ideológica no interesse pelas rotulações e suas diversas formas de encarceramento.

Que a psiquiatria asilar reconheça, enfim, ter fracassado em seu encontro com o real, equivocando-se da verificação que – através daquela realidade – poderia ter efetuado. Uma vez que a realidade lhe escapou, ela limitou-se a continuar fazendo “literatura” elaborando suas teorias, enquanto o “doente” se via pagando as consequências dessa fratura – encerrado na única dimensão considerada adequada a ele: a segregação (BASAGLIA, 2005, p.69, grifos do autor).

Dialogar com serviços e comunidade significa também envolvê-los em nosso fazer, não é só lançar nossos desejos de liberdade em suas ruas, é também ouvir e produzir situações de encontros. Não acreditamos que o avanço do lugar social da loucura seja uma questão de melhor trabalho da equipe ou uma melhor perspectiva teórico-técnica.

Pode soar um pouco estranho defender o óbvio depois de tantos anos e, por isso, acreditamos ser necessário colocar em termos claros o que essa reversão representa para esta equipe de docentes e este laboratório tem se constituído lugar potente para isto. Para desconforto geral, esse projeto não nos parece nada simples, pois foi renegado em sua origem, é conflituoso em seu fazer e, por sua radicalidade, é um projeto que parece não suportar calmarias.

A maneira disruptiva com que o sofrimento psíquico assola a vida humana, às vezes, assusta e quem tem medo do imprevisto há de temer a loucura nos encontros. E ao formar novos profissionais de saúde, devemos insistir nesse encontro com o mundo real, desde

o início. E, por isso, buscamos constituir e defender esse espaço de tantas misturas como lugar articulador de estudo e debate vivo sobre a prática em saúde mental que se concretiza em um diálogo entre diferentes protagonistas, a partir de referenciais da desinstitucionalização italiana e da Psiquiatria Democrática.

DESDOBRAMENTOS E DEVIRES

São inúmeros os desafios na relação entre a universidade e os vários atores sociais envolvidos na questão da saúde mental, tendo em vista a tendência à fragmentação das realidades e das disciplinas. Temos trabalhado no sentido da construção conjunta de projetos entre esses diversos atores, o que nos sai muito caro, uma vez que o mundo acadêmico atual incentiva o produtivismo e a disputa por melhor posição frente às agências de fomentos.

Entretanto insistimos, pois acreditamos que esse modo de produção no coletivo, ainda que nos seja trabalhoso, demande tempo e esforço, tende a produzir novos contextos, modificar relações de poder, produzir uma ciência mais complexa e apta a contribuir com o enriquecimento da existência dos vários atores envolvidos.

Ao apostarmos nesse modo de funcionamento, ao construir uma maneira de produzir conhecimento compartilhado, estamos realizando uma transformação, a nosso ver, fundamental, de mudança de postura dos atores envolvidos, inclusive da própria universidade, e a construção de um corpo coletivo potente que exerce a criatividade e o pensamento crítico através de projetos em comum.

REFERÊNCIAS

AMARANTE, P. (Coord.). **Loucos pela vida: a trajetória da reforma psiquiátrica no Brasil**. Rio de Janeiro: SDE/ENSP, 1995.

BASAGLIA, F. **Psiquiatria alternativa: contra o pessimismo da razão, o otimismo da prática**. São Paulo: Ed. Brasil Debates, 1982.

BASAGLIA, F. **A instituição negada: relato de um hospital**

psiquiátrico. São Paulo: Graal, 1997.

BASAGLIA, F. **Escritos selecionados em saúde mental e reforma psiquiátrica.** Tradução de Paulo Amarante. Rio de Janeiro: Garamond, 2005.

BASAGLIA, F.; BASAGLIA, F. O. Los crímenes de la paz. In: BASAGLIA, F.; BASAGLIA, F. O. (Orgs.). **Los crímenes de la paz: investigación sobre los intelectuales y los técnicos como servidores de la opresión.** Trad. Juan Diego Castillo con la colaboración de Maria Elena Petrilli y Marta E. Ortiz. Madrid: Siglo XXI de España, 1977. p. 13-102.

BONDÍÁ, J. L. Notas sobre a experiência e o saber de experiência. Trad. João Wanderley Geraldi. **Revista Brasileira de Educação**, n. 9, p. 20-28, 2002.

CERQUEIRA, P. Ensino e assistência em saúde mental. **Cadernos do IPUB**, 2.ed., v.3, p.59-66. 1996.

FOUCAULT, M. Poder e saber: Entrevista com S. Hasumi gravada em Paris, dia 13 de outubro de 1977. In: FOUCAULT, M. **Ditos e escritos IV: estratégia, poder-saber.** Organizador: Manoel Barros da Motta. Trad. Vera Lúcia Avellar Ribeiro. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2003. p. 223-240.

GUIRADO, M. Universidade e luta antimanicomial. In: FERNANDES, M. I. A. (Org.). **Fim de século: ainda manicômios?** São Paulo: IPUSP, 1999. p.123-130.

ROTELLI, F. A instituição inventada. In: NICÁCIO, M.F.S. (Org.). **Desinstitucionalização.** São Paulo: Hucitec, 1990. p.89-100.

ROTELLI, F. Modelli scientifici e complessità. In: COSTANTINO, M. (Org.) **Per la normalità. Taccuino di uno psichiatria: scritti 1967-1993.** Milano: Edizione E., 1994. p.58-63.

ROTELLI, F., DE LEONARDIS, O.; MAURI, D. Desinstitucionalização, uma outra via. In: NICÁCIO, F. (Org.). **Desinstitucionalização**. 2. ed., São Paulo: HUCITEC, 2001. p. 17-59.

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO PAULO. Campus Baixada Santista. **Projeto Político Pedagógico**: a educação interprofissional na formação em saúde a competência para o trabalho em equipe e para a integralidade no cuidado. São Paulo, 2006. 128f. Disponível em: <http://prograd.unifesp.br/santos/download/2006/projeto-pedagogico.pdf>. Acesso em: 10 mai. 2012.

VASCONCELOS, E. Mundos paralelos, até quando? Os psicólogos e o campo da saúde mental pública no Brasil nas duas últimas décadas. In: JACÓ-VILELA A. M.; JABUR, F.; RODRIGUES, H. B. C. (Orgs.). **Clio-Psique – História da Psicologia no Brasil**. Rio de Janeiro: UERJ/NAPE, 1999. p. 121-147.

CAPÍTULO 5

ESCUTA PSICOLÓGICA NA SAÚDE MENTAL: UMA EXPERIÊNCIA DE ACOLHIMENTO NO MOMENTO DA NECESSIDADE

*Carla de Sant’Ana Brandão
Rossana Costa e Silva
Valéria Bezerra da Silva
Gabriella César dos Santos
Cleide do Nascimento Cavalcanti*

SURGIMENTO DO SERVIÇO DE ESCUTA PSICOLÓGICA

O serviço de Plantão de Escuta Psicológica foi ofertado pela primeira vez no Brasil no Serviço de Aconselhamento Psicológico (SAP) do Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo (IPUSP), em 1969, portanto, pautado nos princípios humanistas da Abordagem Centrada na Pessoa, que a partir da década de 1950 teve forte influência na psicologia humanista brasileira (PALMIERI; CURY, 2007). Foi a elevada busca pela psicoterapia e as poucas condições de atender a grande lista de pretensos usuários da Clínica-Escola da Universidade de São Paulo (USP) que impulsionou a fundação de um serviço que atendesse à necessidade imediata daqueles que, imersos em sofrimento psíquico, necessitavam receber algum tipo de atendimento psicológico (EISENLOHR, 1999). Além do tempo de espera para o atendimento psicoterápico, muitas das pessoas que buscavam os serviços de psicologia nas clínicas – escolas não necessitavam ou não estavam disponíveis para a realização

de um acompanhamento em longo prazo, tal como caracterizado na psicoterapia. Assim, havia grande número de pessoas que, ao serem contatadas para iniciar o tratamento psicoterápico, declaravam não mais ter a necessidade ou interesse no atendimento; ou que desistiam poucas sessões após o início do atendimento psicoterápico justificando o bem-estar alcançado após algumas sessões de terapia. Sobre os primórdios dessa prática no Brasil, Rosenberg declara:

Para melhor atender à demanda dos clientes, os alunos foram preparados para assumir um “plantão” de atendimento. Nestes horários de plantão, eles recebiam, ouviam, inscreviam ou encaminhavam o cliente, ao mesmo tempo buscando aliviar a sua angústia ou ansiedade imediata e provendo um acolhimento respeitoso e empático (ROSENBERG, 1987, p.6, grifo da autora).

Esta modalidade de atendimento, segundo Palmieri e Cury (2007), assemelha-se às “*walk-in clinics*”, uma modalidade de clínica institucional que, durante as décadas de 1970 e 1980, foi bastante utilizada nos Estados Unidos com o objetivo de oferecer atendimento emergencial médico ou psicológico no momento da procura. Classicamente, o serviço de “Plantão” de Escuta Psicológica é caracterizado pelo exercício de profissionais que permanecem disponíveis em horários interruptos e determinados para atender aqueles que necessitam de apoio psicológico. Nesta perspectiva, faz-se necessária a articulação de três eixos: o institucional, o profissional e o do usuário do serviço. Do ponto de vista da instituição, é necessário que o serviço seja sistemático; da parte do profissional, é fundamental a disponibilidade para lidar com demandas não previstas, com o não planejado e com a probabilidade de realização de apenas um atendimento ao mesmo usuário; em relação ao usuário, é preciso que o Serviço se consolide como uma referência para os momentos de necessidade (MAHFOUD, 1987).

Assim sistematizado, a atividade de Plantão de Escuta

Psicológica se consolidou, ao longo das duas últimas décadas, como uma prática clínica que tem como principal característica “acolher a demanda do cliente em determinada situação, ao invés de focar o seu problema” (MAHFOUD, 1987, p.76). O enfoque fenomenológico que caracteriza esta modalidade de intervenção clínica faz parte dos fundamentos humanistas da Abordagem Centrada na Pessoa que respaldam esta prática desde sua implantação no IPUSP. Contudo, é necessário ressaltar que o Plantão de Escuta Psicológica foi também desenvolvido a partir de outras vertentes teóricas, implantado em diversas outras instituições e, portanto, as definições acerca deste se distinguem de acordo com a abordagem teórica dos profissionais que atuam nesta modalidade e em função das características do contexto institucional no qual o serviço é implantado (PALMIERI; CURY, 2007). Neste capítulo, a discussão acerca deste serviço encontra-se pautada nos princípios da Abordagem Centrada na Pessoa, articulada com o conceito de promoção da saúde, e as considerações cabíveis em torno deste, tendo como palco desta prática psicológica o Centro de Atenção Psicossocial (CAPS).

CARACTERÍSTICAS DO PLANTÃO DE ESCUTA PSICOLÓGICA: PROMOVENDO SAÚDE ATRAVÉS DO ACOLHIMENTO

O Plantão Psicológico é pensado e praticado, basicamente, como um modo de acolher e responder a demandas por ajuda psicológica, disponibilizando àquele que o procura um tempo e um espaço de escuta abertos à diversidade e à pluralidade dessas demandas. Acolher, nesse contexto, refere-se à atenção para a experiência do cliente no momento em que procura ajuda e não, necessariamente, a queixa ou problema. O modo como a pessoa vive a queixa, os recursos subjetivos e do entorno sociopsicológico de que dispõe para cuidar de seu sofrimento e as expectativas e perspectivas que se apresentam a partir da busca de auxílio são os aspectos centrais focados durante a Escuta Psicológica (SCHMIDT, 2004; YEHLIA, 2004).

A *escuta*, meio pelo qual a prática de plantão psicológico se efetiva, é compreendida como aquilo que dá sentido. É na relação com o outro que o sentido se constitui, pouco a pouco, de modo

transitório, no encontro aqui-agora. A *escuta* aqui, entendida como forma de cuidado, possibilita ao homem cuidar de si e reconfigurar a sua forma de ser no mundo através da relação que este estabelece consigo e com o mundo, constituindo as bases para a própria existência. De acordo com Lima, Yehia e Morato (2012, p. 190):

(...) a Escuta propicia abertura de possibilidades para que os sujeitos encontrem uma morada viável e mais apropriada para seu modo de ser no mundo, dispondo de elementos da cultura e dos seus próprios questionamentos existenciais.

Neste sentido, entende-se que escuta e fala encontram-se indissociáveis e, por meio desta última, o homem se revela, para si e para o outro, evidenciando sua cultura, seus costumes e crenças, sua forma de ser. Portanto, torna-se inegável o comprometimento social das práticas de base fenomenológico-existencial (YEHIA, 2004), haja vista a busca da compreensão do homem em interação, na relação e na produção de conhecimentos sobre si e sobre seu mundo.

Os princípios fenomenológicos – existenciais subjantes à prática da escuta psicológica, bem como os objetivos desta modalidade de intervenção clínica se coadunam com perspectivas teórico-metodológicas que compreendem a saúde humana não apenas a partir da ausência de doenças, mas por meio da avaliação do bem-estar, das possibilidades de mudanças, das relações estabelecidas com o meio, da busca da autonomia, enfim, do movimento em direção ao crescimento e ao bem-estar físico, psíquico e social por meio de recursos pessoais e subjetivos. Assim, é necessário que se compreenda a saúde como um processo de constante revelação da qualidade do desenvolvimento do sistema como um todo, considerando, desta forma, tanto os elementos biológicos, quanto os subjetivos e sociais (REY, 1997). Em sua definição de saúde, Augras (1986) contempla os aspectos acima mencionados e acrescenta que:

A saúde não é um estado, mas um processo, no qual o organismo vai se atualizando conjuntamente

com o mundo, transformando-o e atribuindo-lhe significado à medida que ele próprio se transforma. Melhor seria falar de um processo de construção mútua, pois indivíduo e mundo, organismo e meio coexistem necessariamente. “Desse ponto de vista, *o organismo aparece como um ser em “ordem”*”, o seu significado aparece como sendo o seu ser, a sua atualização, que vai juntamente com a conquista, isto é, a inclusão do mundo e a sua transformação (AUGRAS, 1986, p.11, grifo nosso).

Nesta direção e numa perspectiva assaz, diferente de uma visão tradicional de psicologia clínica pautada na análise estrutural da personalidade e de aspectos psicopatológicos do indivíduo, o Plantão de Escuta Psicológica tem como foco a atuação de base preventiva (PALMIERI; CURY, 2007) e, pelas características geradoras de bem-estar, também pode ser considerada como uma intervenção que promove saúde, já que, na prática, se aproxima da definição de promoção da saúde postulada por Leavell e Clarck (1976, apud CZERESNIA, 2003, p.45), que definem a promoção da saúde como “medidas que ‘não se dirigem a uma determinada doença ou desordem, mas servem para aumentar a saúde e o bem-estar gerais’” (Grifo dos autores).

Através da compreensão do homem em situação de enfrentamento de dificuldades, a atividade no Plantão de Escuta Psicológica visa minimizar o sofrimento psíquico e ampliar as possibilidades da pessoa para lidar com as queixas apresentadas. Assim, o Plantão de Escuta Psicológica se insere em uma modalidade de intervenção clínica que rompe com as amarras do atendimento clínico tradicional, norteados pelo estabelecimento de regras que incluem a continuidade sequencial dos atendimentos, em geral, em longo prazo. Ao contrário, durante a Escuta Psicológica, a direção da intervenção é o momento e as necessidades atuais de quem procura o serviço, podendo a intervenção ocorrer em apenas um encontro, sem a obrigatoriedade de continuidade. Outros encontros para a realização da escuta psicológica poderão ocorrer caso o usuário necessite

e deseje buscar o serviço. Desse modo, a ação do plantonista, seja ele estudante ou profissional de psicologia, se sobrepõe a possíveis quadros psicopatológicos (MAHFOUD, 1987). Apesar destes não serem negligenciados, o foco da intervenção é a compreensão sobre o modo como o usuário do serviço se relaciona com suas queixas. Assim, a escuta psicológica tem a finalidade de acolher a pessoa e escutá-la buscando compreendê-la no seio de suas experiências. O sentimento de compreensão contribui para a minimização do sofrimento psíquico e, conseqüentemente, também facilita naquele que busca o serviço de escuta psicológica a avaliação e compreensão (ainda que parciais) sobre suas vivências, possibilitando uma reflexão mais clara acerca dos conflitos presentes. Os princípios da *promoção da saúde* direcionados à transformação de processos individuais de tomada de decisão favoráveis à saúde, qualidade de vida e condições de bem-estar (CZERESNIA, 2003) coadunam-se com a proposta da escuta psicológica, que busca fomentar a melhoria das condições *psi* dos usuários dos Serviços de Escuta Psicológica através de uma relação pautada no cuidado.

O *acolhimento* e o *cuidado* durante a escuta terapêutica delineiam a atividade de Plantão de Escuta Psicológica possibilitando a minimização do sofrimento àquele que se utiliza do serviço. Entretanto, para que ocorra a diminuição da tensão e dos conflitos emergentes e geradores de angústia é importante que o usuário do Plantão de Escuta Psicológica se sinta acompanhado e compreendido, sem ser julgado ou discriminado por seus atos e sentimentos. Assim, são necessários a atenção, o respeito e a confiança na relação com o profissional que exerce tal função, a fim de facilitar o usuário no contato com suas experiências e na ampliação de uma percepção de si mais integrada (ANDRADE, 2002; CAUTELA JR, 1999). A clarificação do quadro perceptual possibilita àquele que usufrui da Escuta Psicológica uma visão mais nítida e abrangente sobre si e sobre as possibilidades e estratégias de ação diante da questão-problema vivenciada (TASSINARI, 2012).

As únicas condições necessárias por parte dos usuários para usufruto desta modalidade de intervenção é que haja demanda para compartilhar com o profissional/ estudante de psicologia em

exercício, podendo esta ser caracterizada pela expressão verbal ou por outras formas de comunicação, como o choro e até mesmo o silêncio. Quaisquer que sejam as formas de comunicação estabelecidas nesta situação, o mais importante é que o usuário esteja em condições emocionais e psíquicas de estabelecer um contato interpessoal e dele tirar proveito. Para tanto, é fundamental que o plantonista tenha disponibilidade para *acolher e acompanhar* a experiência do outro e não apenas seu sintoma; esteja disposto para atuar de modo diferenciado das psicoterapias tradicionais; esteja isento de preconceitos, valores e padrões discriminatórios que redundem em julgamentos em relação ao usuário; tenha uma escuta profunda, aguçada, centrada na experiência do outro; estabeleça uma relação profissional ética e que inspire confiança; não ofereça caminhos, conselhos ou dirija as escolhas do usuário; esteja consciente das suas próprias dificuldades, conflitos e questões não (mal) resolvidas buscando evitar que estas últimas interfiram negativamente na relação com o outro e nas suas intervenções (CAUTELA JR, 1999; MAHFOUD, 1999).

Assim, a intervenção durante o Plantão de Escuta Psicológica tem como base a escuta profunda, ou seja, o psicólogo deve *escutar*, ao invés de apenas *ouvir* sensorialmente. A capacidade de ouvir sensorialmente poderá estar limitada à captação de sons emitidos, enquanto que *escutar* envolve a ampla compreensão dos significados e a aceitação da experiência do outro. Compreensão e aceitação são constituintes da escuta profunda, portanto, o foco é a percepção do usuário do serviço sobre suas próprias experiências, visando identificar o modo como este se sente e se situa no mundo. Nesta perspectiva, *aceitar* não significa concordar, pois o primeiro remete a capacidade compreender o significado das situações e sentimentos compartilhados pelo usuário independentemente da veracidade factual, ou não, e das diferenças entre os pontos de vista das pessoas que se encontram na relação durante a escuta. Concordar, por outro lado, refere-se à convergência de opiniões entre duas ou mais pessoas, em geral, pautadas em valores e crenças comuns a ambos. Assim, com base nos conteúdos captados e significados nesta relação, o platonista deve *intervir* indicando que está acompanhando

a fala, os sentimentos, a experiência ampla do usuário durante a escuta, auxiliando-o na clarificação dos sentimentos comunicados.

Concomitante a atividade de escuta profunda, cabe ao profissional identificar, orientar e, se for o caso, o *encaminhamento* do usuário para outros profissionais, para atendimento em outros serviços de saúde, ou para uma psicoterapia convencional. Para tanto, se faz necessário ter disponíveis as informações sobre serviços de saúde na região e que poderão ser úteis às necessidades dos usuários. Exclui-se, aqui, a emissão de opiniões pessoais, conselhos ou sugestões sobre as questões abordadas durante a escuta (MAHFOUD, 1987; 1999).

Assim caracterizado, o Serviço de Plantão de Escuta Psicológica, quando exercido por estagiários e extensionistas de psicologia, além de cumprir com seus objetivos terapêuticos também representa um canal de interlocução entre a universidade e a sociedade, possibilitando aos professores e estudantes o contato direto com as demandas da comunidade. Isso permite pesquisar, planejar e oferecer serviços coerentes com as necessidades sociais, articulando ensino, pesquisa e extensão; avaliar a relevância dos conhecimentos produzidos pela e na universidade e fomentar a reflexão sobre o papel da universidade pública na sociedade brasileira. Dessa forma, considerando a viabilidade de implantação do Serviço de Plantão de Escuta Psicológica nas mais diversas instituições (clínicas, hospitais, postos de saúde, escolas, universidades, empresas, programas de assistência social e de saúde, etc.), este se consolida como um serviço de atendimento de urgência que se constitui como via de mão dupla entre universidade e sociedade, já que a primeira através da produção e aplicação de seus conhecimentos serve à sociedade e esta última gera informações que possibilitam avaliar a produção da universidade. Nesta direção, Schmidt (2004), em sua reflexão sobre a atividade de Plantão de Escuta Psicológica e universidade pública, destaca que:

(...) o Plantão Psicológico é, também, uma forma de consubstanciar a crítica a uma mentalidade que concebe a clínica-escola como lugar de treino e de aplicação de modelos e técnicas psicológicos

consagrados e que adere a uma intensa institucionalização e burocratização das formas de transmissão do saber, bem como das práticas de atendimento, e, na qual, anula-se o espírito de investigação. Esse contraponto crítico tem como base, justamente, a inclusão do espírito investigativo e a pesquisa como mediações fundamentais na articulação entre formação e prestação de serviços à comunidade. A prática do Plantão Psicológico tem como uma de suas metas a constituição da clínica-escola como lugar de criação e invenção (SCHMIDT, 2004, p.19).

Assim, no exercício desta intervenção psicológica, estudantes e professores também atualizam seus conhecimentos sobre os serviços existentes na comunidade, as demandas emergentes e a necessidade de criar e recriar estratégias de acesso à comunidade aos serviços e de atenção e cuidados com a população.

IMPLANTAÇÃO E DESENVOLVIMENTO DO PLANTÃO DE ESCUTA PSICOLÓGICA NO CAPS

Com a expansão dos programas de políticas públicas do Governo Federal que visam, entre outros aspectos, intervir sobre os problemas que afetam a saúde e a qualidade de vida do cidadão, os esforços têm sido na direção de oferecer a comunidade serviços de saúde com mais qualidade, amplitude e eficácia para os problemas emergentes na população. Dentre estes serviços, estão os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), que após os debates e movimentos de luta antimanicomial que perpassaram vários anos da década de 1980 foram instituídos no Brasil em 1992, com a finalidade de substituir o atendimento em hospitais psiquiátricos por atendimentos oferecidos em unidades regionais/ locais por profissionais constituintes de uma equipe multiprofissional.

Com a fundação do CAPS em Campina Grande, em dezembro de 2003, os portadores de transtorno mental passaram a ter acesso a um serviço de saúde mental mais humanizado e direcionado para

a reinserção social. Nesta modalidade de serviço as intervenções são planejadas em reuniões entre os profissionais que integram a equipe, como médicos, psicólogos, enfermeiros, assistentes sociais, terapeutas ocupacionais, recreadores, oficineiros, técnicos de nível médio, e outros. As intervenções podem ser individuais ou grupais (BRASIL, 2001; 2004) e atendem tanto aos usuários quanto aos seus familiares - cuidadores, através de projetos terapêuticos para os primeiros e da criação de estratégias para orientar e cuidar dos familiares.

A oferta do Serviço de Escuta Psicológica em um CAPS da cidade de Campina Grande (PB) teve como intuito atender a elevada demanda dos usuários do serviço e de seus familiares para atendimento psicológico na Clínica- Escola de Psicologia da Universidade Estadual da Paraíba e a dificuldade de deslocamento destes para usufruto de atendimento psicológico.

Em 2010, quando foi implantado o Serviço de Escuta Psicológica no CAPS, eram atendidos neste Centro cerca de 350 usuários adultos, de ambos os sexos, portadores de transtornos mentais severos, em grande parte egressos de hospitais psiquiátricos. A modalidade de intervenção predominante neste serviço são os grupos, os quais são planejados a partir de diferentes objetivos e com características favoráveis ao desenvolvimento de habilidades entre os participantes. Todos têm acompanhamento psicológico, entretanto, o atendimento psicoterápico é comumente oferecido apenas aos usuários com elevado grau de comprometimento psíquico.

Através de visitas institucionais, conversas com os profissionais e observação dos usuários e familiares na sala de espera do CAPS foi identificada a necessidade de criação de um espaço/momento favorável à escuta individual, principalmente entre aqueles que não se enquadravam ao perfil indicado para o atendimento psicoterápico no CAPS. Assim, foi proposta para a coordenação do CAPS a implantação de um Serviço de Escuta Psicológica a ser realizado por estudantes de Psicologia da UEPB, do 4º e 5º anos, através da ação extensionista do projeto sobre Plantão de Escuta Psicológica. Após a preparação teórica e prática das alunas extensionistas foi implantado o serviço de Escuta Psicológica, através da sistematização de

escalas de plantão entre as quatro extensionistas envolvidas. O número de extensionistas e o limite nos horários disponibilizados pelas estudantes, devido à necessidade de cumprirem com outras atividades acadêmicas em pelo menos um dos turnos, impossibilitaram a garantia da oferta do Plantão em todos os turnos de funcionamento do CAPS. Assim, tomamos como prioridade a presença das plantonistas nos dias/turnos de maior número de usuários no serviço e oferecemos o Plantão semanalmente, em três manhãs e três tardes. Cada extensionista permanecia no Plantão de Escuta Psicológica em pelo menos dois turnos semanais. Em cada turno, foi garantida a presença de pelo menos duas plantonistas, para as situações de maior demanda e para a necessidade de realização da escuta em grupo.

O espaço preferencial destinado à realização da escuta psicológica, diferente do formato oferecido nas clínicas-escolas, foi o pátio de entrada do Centro de Atenção Psicossocial. Nos assentos distribuídos entre a área externa e uma área coberta próxima à entrada, usuários e seus familiares-cuidadores permaneciam aguardando o início das atividades planejadas para o dia. Inicialmente, as plantonistas se apresentaram e anunciaram a disponibilidade para atendê-los, caso quisessem. A equipe de profissionais também apresentou o trabalho aos usuários como mais uma das possibilidades de atendimento disponível. Após algumas semanas, já com conhecimento sobre o serviço de escuta, usuários e familiares passaram a buscar o serviço de escuta espontaneamente e esta se efetivava no próprio pátio, algumas vezes em um recanto mais reservado; em outras, semelhante à escuta em leito hospitalar, ocorreu ao lado de outras pessoas.

A urgência de atenção e a necessidade de compartilhar o sofrimento com uma ou mais pessoas parecem ser fatores que orientam a busca pela escuta psicológica, seja em local reservado ou em situação grupal. O sofrimento comum aos que buscaram a escuta psicológica, usuários ou cuidadores, possibilitou momentos de escuta em grupo, quando os presentes compartilharam experiências, necessidades e alternativas encontradas frente às dificuldades e buscaram apoio mútuo. Em algumas situações, durante a escuta

psicológica em grupo, a intervenção foi direcionada a facilitação da comunicação entre familiares e usuários, possibilitando aos primeiros a melhor compreensão sobre as condições e necessidades do usuário. A escuta em grupo ocorreu, na maioria das vezes, na sala de espera e a constituição do grupo se deu de forma espontânea, através de usuários e cuidadores que se integravam aos poucos. Portanto, os grupos eram heterogêneos, abertos e fluidos.

Para as situações de necessidade de estabelecer um “diálogo” individualizado e reservado com as plantonistas, havia uma sala disponível no final do corredor de entrada do CAPS. Em ambas as condições, em espaço reservado ou em espaço aberto, a escuta foi realizada com qualidade e atenção, respeitando os limites e as necessidades de quem a procurava. Encaminhamentos também eram realizados em situações nas quais os profissionais da equipe CAPS identificavam a necessidade da escuta psicológica. Nestes casos, a escuta psicológica realizava-se individualmente na sala, desde que fosse manifestada a disponibilidade e interesse da pessoa encaminhada.

Assim, as escutas psicológicas foram realizadas na modalidade individual, em sala reservada ou na recepção próximo a outras pessoas; e em grupo. Por meio da busca espontânea ou através de encaminhamentos. Em quaisquer destas, prevaleceu a escolha e desejo das pessoas sobre o modo e o local onde preferiam compartilhar suas necessidades.

Ao longo da realização das atividades do projeto de extensão do serviço de Escuta Psicológica no CAPS, além do treinamento das extensionistas plantonistas e do acompanhamento e supervisão das atividades pela professora coordenadora, três fatores concorreram para o desenvolvimento eficaz desta proposta: *a)* a presença de uma psicóloga de referência no CAPS; *b)* A abertura e o apoio da equipe multiprofissional que possibilitou a participação das extensionistas plantonistas nas reuniões entre os profissionais e nos grupos e oficinas terapêuticas direcionados aos usuários; *c)* O acesso aos prontuários dos usuários.

A presença de uma psicóloga do CAPS foi fundamental para dar suporte e orientação às extensionistas em relação à rotina e regras

do Centro de Atenção Psicossocial, dar suporte em alguns procedimentos e fomentar informações importantes sobre os usuários. A participação nas reuniões de equipe possibilitou conhecer e dialogar sobre as necessidades dos usuários e seus projetos terapêuticos. A inclusão das extensionistas plantonistas nas oficinas terapêuticas facilitadas por profissionais da equipe do CAPS se consolidou como prática relevante para o conhecimento sobre as relações sociais, afetivas e familiares e as habilidades e dificuldades pessoais de cada usuário, favorecendo a compreensão mais abrangente sobre as condições destes. Além disso, a participação das plantonistas nas oficinas terapêuticas também se efetivou como um espaço de fortalecimento do vínculo usuário – plantonista. Era comum, ao término de oficinas terapêuticas, os usuários buscarem o Plantão de Escuta Psicológica para falar sobre assuntos não expostos durante a oficina, mas que teriam sido mobilizados durante a mesma.

A ampliação do conhecimento das plantonistas sobre os usuários do CAPS se deu através do acesso aos prontuários destes, permitindo conhecer o histórico pessoal e familiar, a terapêutica farmacológica e outras informações relevantes.

Sistematizadas as atividades, foi possível atender à necessidade de escuta dos usuários e de seus familiares-cuidadores, cumprindo a meta de viabilizar o desenvolvimento de terapêuticas que favoreçam, em curto prazo, a minimização do sofrimento e atendam a um dos princípios básicos da psicologia da saúde que é o direcionamento da ação ao desenvolvimento da saúde humana, e não necessariamente a doença ou a “cura” desta (REY, 1997).

PERFIL DOS USUÁRIOS DA ESCUTA PSICOLÓGICA NO CAPS

A Lei 10.216 (BRASIL, 2001), que estabelece os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental, em seu Art. 2º. Parágrafo Único, define como direitos dos portadores de transtorno mental:

- I - ter acesso ao melhor tratamento do sistema de saúde, consentâneo às suas necessidades;
- II - ser tratada com humanidade e respeito e no

interesse exclusivo de beneficiar sua saúde, visando alcançar sua recuperação pela inserção na família, no trabalho e na comunidade;

III - ser protegida contra qualquer forma de abuso e exploração.

Por meio de serviços terapêuticos, como os oferecidos pelo CAPS, a equipe profissional busca meios de minimizar o sofrimento psíquico de seus usuários e restabelecer as condições favoráveis à inserção social destes. Na mesma direção, considerando que os cuidadores de usuários da saúde mental, neste caso, os acompanhantes e familiares, também necessitam de atenção específica, os serviços oferecidos pelo CAPS também são direcionados a estes, a fim de proporcionar-lhes uma melhor condição de saúde e oferecer orientação específica para lidar com as necessidades dos usuários-familiares. Assim, coerente com a proposta de assistência em saúde mental, implantada principalmente através dos CAPS, o Plantão de Escuta Psicológica é direcionado tanto aos usuários quanto aos seus acompanhantes.

Em relação aos usuários, é importante o conhecimento das necessidades específicas de cada um, inclusive daquelas decorrentes da patologia diagnosticada, já que o transtorno psicológico pode provocar disfunções que podem prejudicar ou interromper o funcionamento comportamental, cognitivo e emocional do sujeito, gerando angústia e diminuindo a capacidade adaptativa deste (BARLOW; DURAND, 2008). Embora o foco da intervenção, durante a escuta psicológica, não seja as patologias diagnosticadas ou prováveis, é importante considerar que pessoas em situação de quadro psicótico, por exemplo, apresentam, como parte da sintomatologia, alucinações, delírios, processos de pensamento perturbados e inundações cognitivas (HOLMES, 1997), e é relevante identificar os sintomas característicos de determinados quadros clínicos para fins de entendimento sobre as reais condições e necessidades de cada pessoa.

Do mesmo modo, é necessário também o conhecimento sobre o uso da medicação prescrita para os usuários e seus efeitos. Em

geral, para a inibição de sintomas psicóticos, a terapêutica medicamentosa é bastante eficaz. Mas, apesar desta ser também utilizada para a minimização de sintomas negativos, como o embotamento ou rigidez afetiva, isolamento social e desmotivação, os resultados são bem menos evidentes, com variações de acordo com a pessoa e o antipsicótico aplicado. Além disso, é comum a observação de efeitos colaterais como tremores, salivação, sonolência que devem ser também discriminados, para melhor compreensão daquilo que corresponde à sintomatologia do quadro clínico, ao efeito da medicação ou consequência de outros fatores (A. P. A., 1995; BRANDÃO; ARAÚJO; MÁXIMO, 2011). Tais considerações são especificamente relevantes por se tratar de usuários de serviço de saúde mental, na maioria egressa de hospitais psiquiátricos.

A realização de intervenções adequadas às condições de vida de pessoas no contexto da saúde mental requer a compreensão acerca da interação da pessoa com o ambiente, seus vínculos afetivos, a identificação dos fatores de risco à saúde física, emocional e social, bem como dos fatores de proteção, os quais estão relacionados a condições geradoras de mudanças positivas nas respostas pessoais ao meio. Dentre os usuários do CAPS, uma parcela considerável vive com familiares, participam de atividades terapêuticas com os profissionais e se encontram sob acompanhamento psiquiátrico e/ou psicológico. Alguns apresentam condição para agir de forma autônoma na sociedade; tem capacidade de realizar cuidados pessoais sozinhos; apresentam e desenvolvem atividades artísticas, como desenhos, pinturas e artefatos manuais. Contudo, percebe-se a importância da ajuda da família para a continuidade do tratamento, bem como de apoio comunitário para que possam ser reinseridos na sociedade como cidadãos de direito.

A efetivação do apoio familiar e comunitário merece mais atenção por parte das políticas de saúde mental não apenas por ser fundamental para a inclusão social dos portadores de transtorno mental, mas também pela necessidade de cuidados e de apoio aos familiares dos usuários dos serviços. É comum entre os familiares a percepção de ociosidade na rotina dos usuários do CAPS, em geral, justificada por limitações decorrentes do 'adoecimento' e pela

não aceitação da sociedade. Mas, a própria família não se encontra preparada para lidar com as necessidades do familiar portador de transtorno mental, buscando estratégias para mantê-lo ‘quieto’ como forma de facilitar os cuidados. (MORAES; NASCIMENTO; BRANDÃO, 2015).

O cuidado é um processo que envolve aspectos emocionais, sociais e materiais, na relação entre quem cuida e quem recebe os cuidados. Contudo, a prestação de assistência ao familiar - cuidador por parte das equipes de saúde, em geral, é direcionada a informar sobre o tratamento e cuidados necessários ao usuário, com pouco ou nenhum espaço para ouvir as experiências da família durante o cuidar. Comumente, quem assume a condição de familiar- cuidador são mulheres, não raro com necessidades de cuidados com a própria saúde e que tem sob sua tutela responsabilidades domésticas, outros familiares adoecidos e crianças, caracterizando uma condição de sobrecarga (PEGORARO; CALDANA, 2008). Isso revela a necessidade não só de orientação aos familiares dos usuários de serviços de saúde mental, mas de cuidar dos cuidadores.

Além dos usuários e de seus familiares, não podemos deixar de registrar a necessidade de cuidados destinados aos trabalhadores da saúde mental. Responsabilidades, situações de tensão, cobranças de resultados do ‘tratamento’, expectativas relativas aos cuidados com os usuários e prevenção aos possíveis riscos à saúde destes, estão entre as situações que provocam estresse e geram culpa quando não se obtém o que é esperado. O risco de suicídio, bastante elevado entre portadores de transtornos mentais, constitui um dos fatores que causa medo, culpa e sofrimento entre os profissionais de saúde mental, haja vista a falta de preparo para lidar com a perda da vida (MOURA; BRANDÃO, 2014). As situações adversas emergentes no cotidiano de um CAPS apontam a necessidade de suporte técnico e emocional sistemáticos aos profissionais.

A ESCUTA PSICOLÓGICA COM USUÁRIOS DO CAPS: ESBOÇO DOS SENTIMENTOS DOS USUÁRIOS ATRAVÉS DE ‘SILÊNCIOS’ E ‘FALAS’

Durante a atividade do Plantão de Escuta Psicológica no CAPS,

percebemos a importância da participação da família no acompanhamento dos usuários do CAPS. De acordo com Schrank (2008), a participação familiar no serviço e nos cuidados com o usuário possibilita a aproximação das relações afetivas e o rompimento de preconceitos como a incapacidade e a periculosidade, os quais provocam o afastamento do convívio social. Entretanto, apesar da relevância da participação dos familiares nos cuidados com os usuários do CAPS, observamos em diversas das falas de familiares a dificuldade e o peso da responsabilidade quando apenas um membro da família assume o papel de cuidador. Nestas circunstâncias, é comum a dificuldade de comparecimento regular ao Centro de Atenção Psicossocial, muitas vezes ocasionando a interrupção do tratamento e comprometendo a melhoria das condições de saúde do usuário. A saúde do familiar, nessas circunstâncias, também fica comprometida em virtude das responsabilidades e cuidados assumidos com o usuário do CAPS. Em muitas das escutas realizadas com os familiares, foi percebido o sofrimento mental por abdicar da própria vida para se dedicar ao acompanhamento das necessidades do outro, pelos cuidados constantes e pelas tensões geradas nos momentos de “surto” do usuário.

Faz parte da estratégia de intervenção nos Centros de Atenção Psicossocial vincular ao atendimento do usuário a participação dos familiares. Convocar a família para assumir a responsabilidade do cuidado do usuário em conjunto com a equipe exige mais do que um redirecionamento das práticas, exige comprometimento e responsabilidade para a construção de um cuidado que é coletivo e, portanto, envolve esses atores na promoção e manutenção da autonomia do usuário, visando reconquistar sua cidadania e seu espaço na sociedade, possibilitando o alcance de melhor qualidade de vida do usuário e da família (SCHRANK, 2008). No entanto, embora o foco das terapêuticas do CAPS seja diretamente o portador de transtorno mental e haja um relativo direcionamento das atividades para os familiares, estas parecem não abarcar as necessidades de suporte emocional dos familiares, o que nos indica a necessidade de estudos para investigar e propor alternativas mais efetivas para os cuidadores.

Retomando o nosso foco de reflexão, a escuta aos usuários do CAPS, identificamos, durante a realização do Plantão de Escuta Psicológica, dois aspectos que merecem maior destaque por sua relevância durante a escuta: *silêncio e fala* durante a Escuta Psicológica e *busca espontânea ou por encaminhamento* dos usuários ao serviço.

Embora o Plantão de Escuta Psicológica tenha como intuito atender a necessidade imediata de todo aquele que necessite e, portanto, a busca pelo serviço seja motivada pela presença de sofrimento e a necessidade de falar sobre algo, é possível a realização de encaminhamento de pessoas para a escuta, uma vez que familiares ou profissionais podem julgar pertinente a realização desta.. Contudo, foi possível apreender que usuários e familiares que não buscaram o serviço espontaneamente, ou seja, chegaram através da indicação de terceiros, não se mostraram dispostos a falar. Considerando que é a necessidade de falar e de ser ouvido que viabiliza o início da formação do vínculo com o psicólogo, o encaminhamento para o Serviço não teve como desdobramento a efetiva realização da escuta. Uma das situações em que ocorreu o encaminhamento de usuário para a escuta é bastante ilustrativa. Após cerca de dez minutos em silêncio, o usuário questiona a plantonista: “Pronto? Já posso ir agora?”

É importante que durante toda situação de “escuta” haja uma atenção na comunicação global da pessoa. Assim, devem ser observados a fala explícita, os conteúdos verbalizados e os sentimentos que os acompanham, bem como as posturas, os gestos, as expressões faciais e o silêncio. Em determinadas circunstâncias, como aquelas em que o usuário se dirige ao Serviço de Escuta por meio de um encaminhamento, é importante a observação do silêncio, pois ele comunicará a real necessidade e disponibilidade do usuário para compartilhar algo. Através da observação e acompanhamento da pessoa em silêncio é possível identificar estados de ansiedade, angústia, posturas de fuga, de desinteresse, de timidez ou apatia. É, portanto, fundamental a escuta do silêncio do usuário, que também poderá estar silenciando por necessidade de pausa para reflexão, por expectativa em relação ao atendimento, por sentimento de solidão, por atenção ou por desinteresse. Nesse sentido, o silêncio

é elemento agregador da compreensão situacional da pessoa que busca a Escuta Psicológica e o significado dado pelo terapeuta ao silêncio refletirá a qualidade da relação estabelecida com quem busca o auxílio neste serviço (SCHOTZENBERGER; WEIL, 1977). Nesse sentido, a permanência em silêncio por parte de alguém que chega para a “escuta” não significa, necessariamente, a indisponibilidade para usufruir do serviço. É possível que, em condição de sofrimento, a dificuldade de enfrentamento impeça a pessoa de falar sobre a situação incômoda. Contudo, é comum que haja, nestas situações, a necessidade de ser acompanhado, de ter o silêncio escutado, respeitado e compreendido. O mesmo é válido para o usuário que, ao chegar para a provável “escuta”, chora e, ao final, agradece por ter sido “escutado”. Estas situações evidenciam o quanto a Escuta Psicológica é profunda e exige atenção direcionada à comunicação de quem busca este tipo de atendimento. De modo equivalente, fica também evidente a importância da comunicação do psicólogo plantonista sobre a compreensão do estado e das necessidades da pessoa que busca a Escuta Psicológica. Entenda-se, aqui, que esta comunicação não se revela em absoluto pela verbalização, mas principalmente pelas atitudes frente ao outro, as quais também podem ser expressas através de silêncios compartilhados (ROGERS; KINGET, 1977).

Considerando as situações de compartilhamento por meio da fala durante a Escuta Psicológica, foi bastante marcante na fala dos usuários a avaliação crítica sobre o uso de medicação. Quando este foi tema central, percebemos o estabelecimento de comparações entre o atendimento e tratamento atual e aquele recebido quando pacientes de hospitais psiquiátricos, ressaltando a qualidade do tratamento e das relações estabelecidas no CAPS. Como a maioria dos usuários recebe algum tipo de medicação, dentre elas, os antipsicóticos e os antidepressivos, os quais comumente provocam ação sedativa, podem causar dependência física ou psíquica, sonolência, lentidão ou agitação psicomotora e/ou movimentos involuntários (A. P. A., 1995; BRANDÃO; ARAÚJO; MÁXIMO, 2011), muitos se queixaram dos efeitos que geram impedimentos ao exercício das atividades de rotina, limitando a ação autônoma.

Por outro lado, há usuários que consideram importante o uso da

medicação para manutenção do próprio equilíbrio e viabilidade de suas ações cotidianas. A avaliação positiva em relação ao uso de medicamentos ocorre também por parte dos familiares, que indicam a necessidade dos remédios para o controle dos comportamentos considerados incômodos ou inadequados.

Na busca pela “escuta” psicológica, uma das queixas recorrentes entre os usuários é o incômodo com o diagnóstico informado pelos profissionais da equipe do CAPS. Informados sobre o enquadramento como portadores de determinado transtorno mental, muitos buscam informações sobre a patologia através da leitura em material especializado e se mostram assustados com as características do quadro clínico. Desconhecimento, dúvida, negação e associação do possível transtorno a estados demoníacos foram revelados nas falas dos usuários, imbuídas de sofrimento e medo. Frente ao desconhecimento sobre suas condições, e o medo do que elas representam, as falas destas pessoas evidenciaram a carência de compreensão – compreensão de si e por parte das outras pessoas. É recorrente o uso de expressões reveladoras do desejo de ser entendido na sua experiência subjetiva, explicitando verbalmente a necessidade de ouvir de alguém: “Eu te entendo, eu entendo o que você tá sentindo”. Durante as escutas, essa necessidade foi parcialmente suprida, já que o foco da intervenção é a compreensão da pessoa e de sua relação consigo e com mundo, possibilitando um olhar mais claro sobre si própria e suas alternativas na resolução de suas queixas. A certificação da consolidação deste objetivo é a própria fala de alguns usuários ao final das escutas, revelando o conforto por ter se sentido compreendido: “eu gostei de vir aqui. Aqui você me entendeu”. O acolhimento e o cuidado característicos da situação de Escuta Psicológica são de alta valia para a promoção do bem-estar emocional e consequente melhoria de condições da pessoa para o estabelecimento de relações, de participação social e de reorganização da autoimagem. Porém, quando consideramos que esta terapêutica atende apenas em parte a esta necessidade, estamos nos baseando em um aspecto subjacente a esta fala, que é a necessidade de ser compreendido não apenas nas situações terapêuticas e nas relações com a equipe profissional do CAPS, mas

também e, principalmente, nas suas relações sociais e familiares. O desejo do portador de transtorno mental de ser compreendido em sua subjetividade indica, ainda que de modo sutil na fala acima, o desejo de não ser discriminado e de ser ouvido, respeitado e ter suas opiniões consideradas.

Tradicionalmente, o portador de transtorno mental é categorizado como alguém que perdeu a “razão absoluta”, o que significa estar impossibilitado de exercer direitos e fazer escolhas, em conformidade com o modelo de atenção à saúde consolidado até o final do século XX, calcado na tutela e na disciplina. Em oposição ao modelo hospitalocêntrico, os Centros de Atenção Psicossocial têm como uma de suas principais propostas a reinserção social e, portanto, várias atividades são realizadas com a finalidade de favorecer o desenvolvimento de habilidades e o posicionamento destes como cidadãos autônomos e responsáveis. Foi possível observar a participação ativa dos usuários em atividades e eventos comemorativos, assim como em relação ao próprio tratamento, através do acesso a uma considerável parte de informações relativas ao seu diagnóstico, características do quadro clínico, tratamento e efeitos da medicação e até mesmo a consciência de comportamentos considerados inadequados. Para os profissionais dos CAPS, é fundamental a participação ativa dos usuários no tratamento (TAVARES; SOUSA, 2009) e esta é, inclusive, uma das estratégias para garantir a adesão e continuidade do tratamento.

Entretanto, como os usuários dos CAPS têm históricos e contextos bastante diversos, é importante considerar a história familiar, o contexto e as relações sociais, o modo como o transtorno se revela e como a pessoa lida com as especificidades deste, pois, o modo como o portador de transtorno mental se apresenta e estabelece contato social parece determinar a avaliação sobre suas condições psíquicas. Além disso, em algumas situações, o sofrimento psíquico é considerado como condição de existência que impede a experiência de subjetividade, da possibilidade de escolhas, de alteridade e da participação social. É importante destacar que o sofrimento é também uma condição existencial reveladora de significados e da experiência subjetiva das pessoas, merecedoras de atenção e de

compreensão. A compreensão do ser no mundo passa, necessariamente, pelo entendimento do modo como este vivencia suas experiências, e não por sua negação.

De fato, em várias das “escutas” realizadas, o foco dos usuários foi a avaliação de sua condição de portador de transtorno mental e de usuário do CAPS. Ambas as condições parecem constituir, se não a principal, uma forte referência identitária destas pessoas. Permeando tal condição, o sofrimento decorrente da falta de controle emocional e psíquico e a avaliação sobre a perda da autonomia do trabalho, de ausência de respeito e de compreensão por parte dos outros indicam a postura reflexiva e ativa dos usuários do CAPS sobre suas condições, sobre o lugar que ocupam na sociedade. A possibilidade de expressar angústias e medos favorece o contato da pessoa com sentimentos represados, e a postura de acolhimento e de aceitação do plantonista contribui para a ampliação da consciência e tomada de decisões do usuário em relação às suas queixas.

A disponibilidade do psicólogo para escutar e compreender o usuário do CAPS na sua completude favoreceu a comunicação deste através de diversas formas, como por meio da fala, do silêncio, mas também pelo uso de recursos artísticos e lúdicos favoráveis à expressão de sentimentos, como através de desenhos, pinturas e poesias. A arte nos CAPS é uma modalidade terapêutica utilizada como recurso favorável à comunicação, à criatividade, à geração de renda e à produção de subjetividades e de reconhecimento. De acordo com Tavares e Sobral (2005), a arte é hoje compreendida, no campo da saúde mental, como um recurso para a humanização dos cuidados em saúde. Assim, a arte se configura como um eficaz meio para canalizar, de maneira positiva, as variáveis do adoecimento mental em si, assim como os conflitos pessoais e familiares.

Ao longo da realização do Projeto de Escuta Psicológica no CAPS, esta modalidade terapêutica se consolidou como o espaço para reflexão e elaboração do usuário sobre sua vida e suas relações. O “lugar” de significação e de reconstrução da autoimagem, do reconhecimento de si e da expressão de sua subjetividade. O lugar do encontro do usuário consigo próprio ampliando as possibilidades de relação com o outro através do uso de seus recursos pessoais.

Assim, o Plantão de Escuta Psicológica cumpriu com a meta de favorecer o estabelecimento de condições relevantes para a melhoria das condições de saúde dos usuários e de seus familiares, possibilitando a minimização do sofrimento através da catarse. Ao longo da trajetória de realização desta terapêutica, foi possível o aprimoramento da prática da Escuta Psicológica através das informações oriundas das oficinas e grupos, das reuniões multiprofissionais e do acesso aos prontuários, agregando conhecimento sobre o perfil e as necessidades dos usuários, possibilitando a compreensão sobre dinâmica dos usuários nos espaços institucionais e fora deles, as relações interpessoais relevantes, a dinâmica e o histórico sociofamiliar.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Algumas pessoas buscam por ajuda psicológica inicialmente com receio. Tal fato se deve principalmente aos estereótipos atribuídos ao profissional de psicologia por parte da sociedade. Os mitos associados à Psicologia e a história da profissão contribuem para a construção de uma imagem distorcida. A expectativa de cura “mágica” e o medo de ter os pensamentos “adivinhados” permeiam o imaginário popular. Muitos usuários, quando iniciadas as atividades de implantação da Escuta Psicológica no CAPS, se dirigiram às plantonistas questionando sobre o papel do psicólogo, ora apreciando o acolhimento recebido em outras situações em que tiveram contato com a psicologia, ora apresentando desconforto por receio do que o profissional poderia descobrir sobre sua vida. Superada esta etapa de reconhecimento e reconfiguração sobre a psicologia, os usuários passaram a buscar as plantonistas de forma mais tranquila, sem falsas expectativas ou receios. Podemos considerar que o momento inicial, ainda que pautado em fantasias, foi importante para desconstrução da imagem distorcida e para o estabelecimento de vínculos mais sólidos, pautados em dados reais da experiência cotidiana de contato com as plantonistas, favorecendo ao estabelecimento de relações mais confiáveis.

A postura das extensionistas na atividade de Plantão de Escuta Psicológica, compreendida na sua real dimensão, consolidou aquilo

que entendemos ser relevante para a desconstrução da noção de clínica como um lugar de isolamento terapêutico. Ao contrário, a proposta do Plantão de Escuta Psicológica é consolidar-se como uma prática clínica ampla, definida como espaço de produção de subjetividades e sociabilidades, na qual o sujeito em sofrimento psíquico deixa de ser objeto de saber para tornar-se sujeito (YEHIA, 2004; PALMIERI; CURY, 2007). Nesta direção, a pessoa com transtorno mental, que por tal condição vive situações de preconceitos e de exclusão social/familiar, tem no momento da “escuta” a possibilidade de se despir dos rótulos e construir uma autoimagem pautada em aspectos emergentes na relação permeada pela aceitação e compreensão da plantonista.

A qualidade da relação estabelecida (plantonista - usuário) evidencia a necessidade de se olhar o portador de transtorno mental não mais no rastro da história da “loucura”, como o limitado e improvável, mas como um ser de possibilidades, em movimento constante (AUGRAS, 1986), favorável ao desenvolvimento e ao equilíbrio, de modo coerente com o contexto no qual este se encontra, com as relações estabelecidas e com o desenvolvimento de estratégias para o seu bem-estar. Ainda que sejam relevantes as condições individuais de cada pessoa para o desenvolvimento de estados mais saudáveis, não cabe conceber a avaliação da pessoa em sofrimento psíquico de forma isolada do seu contexto.

Assim, a proposta do Plantão de Escuta Psicológica se consolidou não apenas como um recurso para promover saúde e qualidade de vida àqueles que, em situações de urgência, encontraram acolhimento imediato através desta modalidade de atendimento, mas como um caminho para avaliar a dimensão subjetiva dos usuários de serviço de saúde mental através da compreensão da relação deste com seus sentimentos e sofrimentos, indissociáveis do seu entorno, como seres constituídos e constituintes do mundo.

REFERÊNCIAS

AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION (A. P. A.). **Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais (DSM-IV)**.

4.ed. Porto Alegre: Artes Médicas, 1995.

ANDRADE, L. A. A. **Noções de psicopatologia para terapeutas**. Fortaleza: CTS, 2002.

AUGRAS, M. **O ser da compreensão: fenomenologia da situação de psicodiagnóstico**. Petrópolis: Vozes, 1986.

BARLOW, D.; DURAND, M. **Psicopatologia: uma abordagem integrada**. São Paulo: Cengage Learning, 2008.

BRANDÃO, C.; ARAÚJO, D.; MÁXIMO, L. Grupo com pacientes institucionalizados portadores de esquizofrenia: contribuições da psicologia da saúde e da psicologia humanista. In: ALVES, R. F. (Org.). **Psicologia da saúde: teoria, intervenção e pesquisa**. Campina Grande: EDUEPB, 2011. p. 243-286.

BRASIL. Lei n. 10.216 de 6 de abril de 2001. Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental. **Presidência da República, Casa Civil, Subchefia para Assuntos Jurídicos**. Brasília, 06 abr. 2001. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/leis_2001/l10216.htm>. Acesso em: 13 nov. 2015.

BRASIL. Legislação em saúde mental: 1990-2004. **Ministério da Saúde, Secretaria-Executiva, Secretaria de Atenção à Saúde**. – 5. ed. ampl. – Brasília: Ministério da Saúde, 2004. Disponível em: bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/legislacao_mental.pdf. Acesso em: 12 jul. 2012.

CAUTELLA JÚNIOR, W. Plantão psicológico em hospital psiquiátrico. In: Morato, H. (Org.). **Aconselhamento psicológico centrado na pessoa: novos desafios**. São Paulo: Casa do Psicólogo, 1999. p. 161-176.

CZERESNIA, D. O conceito de saúde e a diferença entre prevenção

e promoção. In: CZERESNIA, D.; FREITAS, C. (Orgs.). **Promoção da saúde: conceitos, reflexões e tendências**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2003. p. 39-53.

EISENLOHR, M. G. V. Serviço de Aconselhamento Psicológico do IPUSP: breve histórico de sua criação e mudanças ocorridas na década de 90. In: MORATO, H. (Org.). **Aconselhamento psicológico centrado na pessoa: novos desafios**. São Paulo: Casa do Psicólogo, 1999. p. 135-143.

HOLMES, D. S. **Psicologia dos transtornos mentais**. 2 ed. Porto Alegre: Artes Médicas, 1997.

LIMA, D. F.; YEHIA, G. Y.; MORATO, H. T. P. Os sentidos da escuta fenomenológico – existencial. In: MORATO, H.; BARRETO, C. L. B. T.; NUNES, A. P. (Orgs.). **Aconselhamento psicológico numa perspectiva fenomenológica existencial: uma introdução**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2012. p. 121-138.

MAHFOUD, M. A vivência de um desafio: plantão psicológico. In: ROSENBERG, R.L. (Org.). **Aconselhamento psicológico centrado na pessoa**. São Paulo: EPU, 1987. p. 75-83.

MAHFOUD, M. Plantão psicológico na escola: uma experiência. In: MORATO, H. (Org.). **Aconselhamento psicológico centrado na pessoa: novos desafios**. São Paulo: Casa do Psicólogo, 1999. p. 145-160.

MORAES, A. N. D.; NASCIMENTO, E. D.; BRANDÃO, C. S. Saúde mental e inclusão social: percepções dos familiares de usuários do CAPS de Campina Grande - PB. **Psicopedagogia on line**, 2015. Disponível em: www.psicopedagogia.com.br/html. Acesso em: 11 dez. 2015.

MOURA, G. O.; BRANDÃO, C. S. Reflexões sobre os efeitos de um caso de suicídio na equipe de um serviço de saúde mental na

Paraíba. In: OLIVEIRA, M. et al. (Orgs.). **Sofrimento psíquico e cultura contemporânea: perspectivas teórico - clínicas**. Fortaleza: Ed UECE, 2014. p. 221-232.

PALMIERI, T. H.; CURY, V. E. Plantão psicológico em Hospital Geral: um estudo fenomenológico. **Psicologia, Reflexão e Crítica**, v.20, n.3. p. 472-479, 2007.

PEGORARO, R. F.; CALDANA, R. H.L. Mulheres, loucura e cuidado: a condição da mulher na provisão e demanda por cuidados em saúde mental. **Revista Saúde e Sociedade**, v.17, n. 2, p. 82-94, 2008.

REY, F. G. Psicologia e saúde: desafios atuais. **Psicologia, reflexão e crítica**, v.10, n.2. p. 275-288, 1997.

ROGERS, C; KINGET, M. **Psicoterapia e relações humanas: teoria e prática da terapia não diretiva**, volume I, Belo Horizonte: Interlivros, 1977.

ROSENBERG, R. L. Introdução: biografia de um serviço. In: ROSENBERG, R. L. (Org.) **Aconselhamento psicológico centrado na pessoa**. São Paulo: EPU, 1987. p. 6-21.

SCHMIDT, M. L. S. Plantão psicológico, universidade pública e política de saúde mental. **Revista Estudos em Psicologia**, v.21, n.3, p. 173-192, 2004.

SCHOTZENBERGER, A.; WEIL, P. O silêncio. In: SCHOTZENBERGER, A.; WEIL, P. (Orgs.). **Psicodrama Triádico: uma síntese entre Freud, Moreno, Kurt Lewin e outros**. Belo Horizonte: Interlivros, 1977. p. 62-69.

SCHRANK, G.; OLSCHOWSKY, A. O Centro de Atenção Psicossocial e as estratégias para inserção da família. **Rev. Esc. Enferm. USP**, v.42, n. 1, p.127-134, 2008.

TASSINARI, M. A. Desdobramentos clínicos das propostas humanistas em processos de promoção da saúde. **Estudos e Pesquisas em Psicologia**, v. 12 n. 3, p. 911-923, 2012.

TAVARES, C.M. M; SOBRAL V. R.S. Avaliação das práticas de cuidar envolvendo arte no âmbito do Centro de Atenção Psicossocial (CAPS). **Rev. Mineira de Enfermagem**, v.9, n. 2, p.121-125, 2005.

TAVARES, R. C.; SOUZA, S. M. G. O usuário de CAPS: quem é esse sujeito? **Rev. Psicologia e Saúde**, n.1, v. 1, p.40-49, 2009.

YEHIA, G. Interloquções entre o plantão psicológico e o psicodiagnóstico colaborativo. **Estudos em Psicologia**, v. 21, n.1, p. 65-72, 2004.

CAPÍTULO 6

BEM-ESTAR SUBJETIVO DE IDOSOS EM SOFRIMENTO PSÍQUICO

*Maria do Carmo Eulálio
Danyelle Almeida de Andrade
Priscila Magalhães Barros
Pauleska Nóbrega Asevedo
Fabiana Maria de Souza*

Diante de um nítido processo de envelhecimento populacional, a preocupação com a saúde e com o modo com que esses anos estão sendo vividos se torna mais relevante. Quando nos referimos à idade saúde e doença mental, observamos que muito tem sido discutido nesta área, mas ainda pouco se produz sobre a saúde mental da população idosa. Verifica-se que esses dois públicos muito tem em comum, pois assim como as pessoas portadoras de transtornos mentais têm um histórico de discriminação, os idosos são considerados uma parcela da sociedade que vem enfrentando dificuldades de integração. Por vezes, sofrendo forte preconceito social, são marginalizados, isolados e silenciados uma vez que são tidos como inválidos para o trabalho, sem controle da parte cognitiva e psicomotora e, por isso, são impossibilitados de acompanhar os avanços do mundo, desrespeitados em suas limitações pela família e pelas pessoas que lidam com eles (FREITAS, 2009).

Segundo Oliveira e Alossi (2003), muitos idosos e doentes mentais têm uma longa história de fracasso no estabelecimento de

relações e interação social, pelo provável significado de seus comportamentos. Tal constatação demanda estudos na área, a fim de que haja uma maior compreensão dos fenômenos e acontecimentos que acometem esta parcela da população. Dentro do amplo contexto da saúde mental, destaca-se a necessidade de incluir estudos com populações idosas a fim de aprofundar os conhecimentos teóricos e práticos do estudo com esse grupo etário.

A literatura utilizada para a construção deste trabalho perpassa por diversas áreas do conhecimento científico, mas tem como perspectiva central os preceitos da Reforma Psiquiátrica e o processo de ressocialização do indivíduo.

Tais reflexões, portanto, impulsionam a investigação das repercussões e do impacto da Reforma Psiquiátrica em relação aos idosos portadores de transtornos mentais, usuários dos serviços oferecidos na rede pública de saúde mental. Desse modo, o objetivo deste trabalho, em particular, foi compreender os sentimentos relacionados ao bem-estar subjetivo de idosos usuários de serviços substitutivos de atenção à saúde mental da cidade de Campina Grande - PB.

ENVELHECIMENTO POPULACIONAL

Com o aumento da longevidade ocasionado pelos avanços tecnológicos e da medicina, juntamente com a redução das taxas de natalidade, registra-se um aumento mundial nos índices da população idosa nas últimas décadas. É inquestionável o envelhecimento demográfico, que ocasiona um crescimento desta população duas vezes maior em detrimento da população total, retratando uma tendência de envelhecimento da população brasileira. Segundo os dados da Sinopse do Censo Demográfico (IBGE, 2011), pode-se verificar este crescimento observando o alargamento do topo da pirâmide etária, onde a população com 65 anos ou mais em 1991 representava 4,8% da população brasileira, passando para 5,9% em 2000 e atingindo a cifra de 7,4% em 2010. Ao mesmo tempo, destaca-se o aumento significativo desta parcela da população entre os anos de 1999 e 2009, calcula-se que o número de idosos cresceu de 14,8 milhões para 21,7 milhões. O Brasil tem pelo menos 17 mil

pessoas com mais de cem anos e com essa estatística calcula-se que um brasileiro viva pelo menos 73,1 anos. A Organização Mundial da Saúde (2002) projeta que, em 2025, o Brasil será o sexto país com o maior número de pessoas com 60 anos ou mais.

Esse fenômeno, além de aumentar a expectativa de vida e a população de idosos, aumenta também o contingente populacional que necessita de atendimentos médicos. Este estudo conjectura que o envelhecimento populacional, por um lado, pode ser considerado uma conquista, mas, por outro, pode representar um problema na medida em que a sobrevivência passa a ser vivida com as patologias e condições de dependência. Para esses idosos que não possuem perspectiva de cura se faz necessário estabelecer uma diferenciação entre “sobreviver” e “viver bem” (LAURENTI, 2003; RAMOS-CERQUEIRA; CREPALDI 2000). Dessa forma, evidencia-se a importância de estudos que investiguem sobre a qualidade de vida e o bem-estar dos idosos e a forma como esses anos de sobrevivência estão sendo vivenciados.

ENVELHECIMENTO E SAÚDE MENTAL

Concomitantemente ao fenômeno de envelhecimento populacional, aumenta-se também a prevalência de enfermidades típicas da terceira idade, tendo em vista que esta população demanda cuidados específicos em saúde (CLEMENTE et al., 2011). No Brasil, estudos que investiguem a prevalência de transtornos psiquiátricos na população idosa são escassos e os indicadores podem variar. Apesar disso, estima-se que 25% da população mundial apresentem sintomas psiquiátricos significativos (SILVA; SPANEMBERG; NOGUEIRA, 2011), identificando-se que, no Brasil, os transtornos mais frequentes são: depressão (6%), seguida de transtorno obsessivo compulsivo (2% a 3%), esquizofrenia (de 1% a 2%) e retardo mental (1%) (ROBERTO, 2005). Estes transtornos são responsáveis por 0,71% do número de óbitos totais da população brasileira, enquanto que atingem a cifra de 6,23% do número de internações totais (LAURENTI, 2007). Entende-se que as estatísticas de mortalidade dizem muito pouco acerca da prevalência de transtornos mentais na população, visto que os óbitos causados por esses transtornos

são pouco frequentes e não são listados como a causa da morte, ao contrário de outros agravos de saúde, como doenças do sistema circulatório, respiratório ou infecciosas. Com relação à prevalência de internações, é necessário considerar a possibilidade de supernumeração, ou seja, quando o mesmo caso é levado a mais de uma internação durante o ano. Ainda segundo Laurenti (2007), os transtornos mais frequentes quanto a internações são: esquizofrenia, transtornos esquizotípicos e delirantes, responsáveis por 52,72% das internações por transtornos mentais no Brasil.

Historicamente, como será visto a seguir, o tratamento para pessoa portadora de transtornos mentais (“louco”) seguia o modelo hospitalocêntrico de internação em manicômios. Com a mudança na Política de Saúde Mental, ocorreu a implantação da Reforma Psiquiátrica a partir da Lei 10. 216/2001, conhecida como Lei Paulo Delgado, a qual preconiza a humanização do atendimento em saúde mental e transferindo o foco do tratamento para os serviços comunitários, propondo a regulamentação dos direitos da pessoa com transtornos mentais, redirecionando, assim, o modelo assistencial para um modelo substitutivo ao aparato manicomial. Sendo assim, pressupõe-se que, à medida que ocorra o fechamento dos manicômios, ocorra também a retirada de portadores de transtornos mentais das instituições psiquiátricas que, frequentemente, abrigavam esses pacientes por longos períodos de tempo, fragilizando ou extinguindo seus vínculos familiares (BRASIL, 2005). Desse modo, como consequência desse período de institucionalização, supõe-se que boa parte dessa população egressa das instituições psiquiátricas seja idosa, colaborando para o aumento do número de idosos em sofrimento psíquico inseridos na sociedade e que necessitam de atenção e aparatos institucionais especiais.

REFORMA PSIQUIÁTRICA E REFORMA PSIQUIÁTRICA BRASILEIRA

Ao longo dos séculos XV ao XX, do Renascimento à Modernidade, o fenômeno da loucura foi percebido e representado de maneiras diferenciadas. Foucault escreve sua obra *História da Loucura* em 1961 e relata que, no período renascentista, por não ser considerada

doença, a loucura não era abordada pela medicina. Na literatura, teatro, iconografia e nas artes em geral, a loucura era representada de forma enigmática, relacionada a um saber proibido e, muitas vezes, vista como a substituição da própria morte. Essa liberdade de expressão facilitaria o desenvolvimento de um “tratamento” para a loucura (FOUCAULT, 2005).

Somente a partir do século XVII, Era Clássica, a loucura passa a se contrapor à razão e a ser associada aos internamentos em hospitais, os quais não apenas ofereciam o tratamento médico, mas detinham o direito sobre os loucos, julgando-os e decidindo por eles quando necessário. Tais estabelecimentos passaram a ser local de reclusão de todos os marginalizados, constituindo numa forma de repressão dos socialmente excluídos.

Nesse contexto, são inaugurados hospitais especialmente para loucos (asilos) e a loucura passa a ser considerada uma doença mental. Pinel (1798 apud FOUCAULT, 2005) propõe a separação dos doentes em lugares mais apropriados e seus devidos cuidados medicamentosos. Com esse advento, tem-se a primeira “revolução” psiquiátrica (FOUCAULT, 2005). O Século XIX passa a ser considerado o século dos manicômios como consequência da grande quantidade de hospitais que foram construídos para os doentes mentais (CAMARGO, 2003).

Como alternativa à realidade das internações de longo prazo, faz-se necessário se deter um pouco na contribuição de Goffman (1961). Este autor apresenta seu estudo sobre a vida em “instituições totais” - expressão criada pelo autor para referir-se a lugares onde os indivíduos eram isolados da sociedade, como hospitais psiquiátricos, mosteiros, algumas escolas internas, entre outros.

Uma instituição total pode ser definida como um local de residência e trabalho onde um grande número de indivíduos com a situação semelhante, separados da sociedade mais ampla por considerável período de tempo, levam uma vida fechada e formalmente administrada (GOFFMAN, 1961, p.11).

No Brasil, na década de 70, o modelo hospitalocêntrico ainda estava em plena expansão, motivado em parte pela rede privada de atendimento dessa natureza. Entretanto, nessa mesma década, acontece o surgimento dos primeiros clamores de indignação com os serviços oferecidos às pessoas com transtorno mental e questionamentos sobre as implicações pessoais e sociais que a hospitalização acarretava aos pacientes e familiares.

A visita de Franco Basaglia ao Brasil, em 1979, fortaleceu as discussões sobre a construção de um novo modelo psiquiátrico, no país, para as pessoas com transtornos mentais e que fosse capaz de prepará-las para a ressocialização. O pensamento e experiência de Basaglia influencia a Reforma Psiquiátrica brasileira, e o seu percurso foi conduzido pelo lema de “uma sociedade sem manicômios”. Sendo assim, a reabilitação psicossocial brasileira e os serviços substitutivos surgem como uma forma de substituir o antigo modelo manicomial (ROTELLI, 1994; PITTA, 2001; AMARANTE, 2008).

Segundo Amarante (1996), Basaglia teve grande influência sobre o projeto de Reforma Psiquiátrica brasileira com sua crítica sagaz ao saber psiquiátrico e a problematização da função social exercida pela psiquiatria moderna. Sob a influência de suas ideias, o movimento brasileiro foi socializado, deixando de se restringir ao coletivo dos profissionais de saúde mental. O autor destaca, ainda, a grande contribuição dada por Basaglia ao conceito de desinstitucionalização que vigorou enquanto uma “desconstrução”, diferentemente de mera “desospitalização” ou “desassistência”. Entende-se que na desinstitucionalização ocorre a substituição do hospital por uma rede de assistência, capaz de oferecer os aparatos de cuidados necessários através de serviços substitutivos inseridos na comunidade (SOUZA; EULÁLIO, 2011).

A partir da promulgação da lei 10.216/2001, consolidaram-se os princípios, diretrizes e estratégias da Reforma Psiquiátrica como políticas governamentais. Com a legitimação dessa proposta, os Centros de Apoio Psicossociais (CAPS) foram reconhecidos como alternativa ao modelo de assistência em vigor na época, incluindo a construção de uma política de saúde mental para os usuários de

álcool e outras drogas, e situando o controle da sociedade como a garantia desse avanço (BRASIL, 2005). Assim, os CAPS tornaram-se um lugar de referência e tratamento para pessoas que sofrem com transtornos mentais, psicoses, neuroses graves e demais quadros cuja severidade e/ou persistência justifiquem sua permanência num dispositivo de cuidado intensivo e comunitário.

Os Serviços Residenciais Terapêuticos (SRT), residências terapêuticas ou simplesmente moradias, são casas localizadas no espaço urbano e se apresentam como outro importante dispositivo da Reforma Psiquiátrica que surgiu em resposta a uma questão inerente à intenção de desmanicomialização do atendimento psiquiátrico no Brasil: para onde encaminhar portadores de transtornos graves, carentes de condições de moradia mais dignas e que não dispunham de apoio social? Nesse sentido, os SRT se constituíram em oportunidades de moradia para usuários com longo histórico de internações em Hospitais Psiquiátricos (superior a 2 anos) e com registro de perda dos vínculos familiares. Os SRT também recebem moradores de rua portadores de transtornos mentais usuários do CAPS e egressos de Hospitais Psiquiátricos Judiciais (BRASIL, 2004).

Dentre os diversos transtornos que afetam os idosos, a saúde mental merece especial atenção. É sabido que as desordens mentais comprometem 20% da população idosa, entre as quais se destacam a demência e a depressão como prevalentes (BENEDETTI; BORGES; PETROSKI, 2008). Outros estudos afirmam outro dado importante: aproximadamente um em cada seis idosos apresenta uma história de doença mental (MAIA; DURANTE; RAMOS, 2004).

PSICOLOGIA E BEM-ESTAR SUBJETIVO

A Psicologia do século XXI tem se voltado para o estudo da felicidade e aspectos positivos da experiência humana (CSIKSZENTMIHALYI, 2000). O bem-estar subjetivo (BES) é uma temática que tem se desenvolvido reconhecidamente na Psicologia atual, tendo os primeiros trabalhos datados do ano de 1993 e assumindo maior impulso a partir do ano 2000 (COSTA; PEREIRA, 2007). Até recentemente, os psicólogos limitavam-se à investigação dos processos

de infelicidade e sofrimento humano. Todavia, atualmente, o BES é um construto muito discutido em diversas áreas do conhecimento, como a saúde mental e coletiva, a qualidade de vida e a gerontologia social (GIACOMONI, 2002).

A abordagem do BES define e avalia a qualidade de vida dos indivíduos e também corresponde a um indicador de saúde mental, sinônimo de ajuste e integração social (ANGUAS, 1997). De acordo com Diener (1984), o conceito de BES diz respeito à maneira que as pessoas experienciam suas vidas positivamente. O autor teoriza ainda que o BES possui dimensões onde estariam inclusos componentes cognitivos e afetivos da personalidade do sujeito. Segundo o mesmo, a avaliação do BES pode ser feita em termos de dois indicadores. Um é de natureza cognitiva e diz respeito ao julgamento da satisfação com a vida em geral ou referenciada a domínios específicos (como a capacidade física e mental ou os relacionamentos sociais). O outro é de natureza emocional e diz respeito ao equilíbrio entre afetos positivos e negativos relatados pela pessoa.

Diante da existência de discordâncias teóricas relativas ao conceito de bem-estar subjetivo, existe um consenso entre os autores quanto às suas principais dimensões: afetos positivos e negativos; satisfação com a vida. Segundo Scorsolini-Comin e Santos (2010), afetos positivos correspondem a “um contentamento puro experimentado em um determinado momento como um estado de alerta, de entusiasmo e de atividade” (p.442). Afetos negativos, por sua vez, referem-se a um estado de distração e engajamento desprazível, que inclui emoções desagradáveis e também possui caráter transitório. Já a dimensão/satisfação com a vida seria semelhante a um julgamento cognitivo de algum domínio específico na vida da pessoa, um processo de juízo e autoavaliação geral. Neste estudo, em questão, trataremos mais especificamente da dimensão “satisfação com a vida”, ou melhor, com o componente cognitivo que corresponde ao grau de satisfação autorrelatado dos idosos da pesquisa com sua vida.

Sendo assim, o instrumento utilizado, nesta pesquisa, enfatiza a dimensão relativa à satisfação com a vida, mais especificamente, a satisfação pessoal com o estado de saúde e qualidade de vida (QV).

Dessa forma, a percepção dos idosos sobre a saúde e a qualidade de vida foi verificada mediante os seguintes indicadores de saúde: percepção da saúde atual; percepção da própria saúde em comparação com parentes próximos; percepção da saúde em comparação ao grupo (de “pessoas idosas”) e percepção da qualidade de vida atual e comparativamente há 10 anos.

METODOLOGIA

A amostra foi de tipo não-probabilística e participaram do estudo dezenove pessoas que possuíam meios de comprovação da idade (documentos pessoais ou registro na instituição), igual ou superior a 60 anos, de ambos os sexos, portadores de transtornos mentais, usuários de CAPS e moradores de Residências Terapêuticas na cidade de Campina Grande – PB, que apresentavam condições clínicas de responderem aos instrumentos e aceitaram participar livremente da pesquisa. Os critérios de inclusão para participação na pesquisa foram: apresentar compreensão cognitiva de manter um diálogo com o entrevistador e não apresentar indicadores de demência e/ou estar em crise. Foram aplicados dois instrumentos: um questionário sociodemográfico, com o intuito de caracterizar os usuários idosos desses serviços; e um questionário de mensuração do bem-estar subjetivo (PASCHOAL, 2004), que possuía questões objetivas e discursivas, para o qual foi necessário realizar algumas adaptações para que sua aplicação se tornasse viável. Os dados quantitativos foram obtidos através de questões de múltiplas escolhas do questionário e foram tratados segundo estatística descritiva. Os dados qualitativos, por sua vez, foram coletados através de um roteiro de entrevista semiestruturado que foi gravado; posteriormente, transcrito e submetidos à análise de conteúdo tipo categorial temática proposta por Bardin (1977). A coleta dos dados foi realizada entre os meses de outubro e novembro de 2008.

Este estudo se submeteu às normas do Conselho Nacional de Saúde, através da Resolução N° 196, de 10 de outubro de 1996 (BRASIL, 1996) – que estabelece as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos – e obteve aprovação pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Estadual da Paraíba

(CAAE = 0409.0.133.000-08). Os participantes foram informados do objetivo da pesquisa mediante a apresentação e leitura de um termo de consentimento livre e esclarecido.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

CARACTERIZAÇÃO SOCIODEMOGRÁFICA DOS IDOSOS

A média de idade da amostra foi de 64,2 anos (DP = 5,04). Todos os dezenove idosos participantes da pesquisa se declararam aposentados ou pensionistas, e dois deles residiam nas SRT. Houve uma predominância do gênero masculino como pode ser verificado na Tabela 1.

Tabela 1 - Perfil sociodemográfico de idosos atendidos pelos serviços substitutivos (CAPS e Residências Terapêuticas) da cidade de Campina Grande

Variáveis	N	%
Gênero		
Masculino	10	52,6
Feminino	9	47,3
Escolaridade		
Ensino Fundamental Incompleto	11	57,8
Não Alfabetizado	4	21
Ensino Fundamental Completo	2	10,5
Ensino Superior Incompleto	2	10,5
Estado Civil		
Divorciado	6	31,5
Viúvo	5	26,3
Casado/Convive matrimonialmente	4	21
Solteiro	4	21
Filhos		
Sim	15	78,9
Não	4	21
Moradores por domicílio		
Entre 2 e 4 moradores	12	63,1
Mora sozinho	4	21
Acima de 5 moradores	3	15,9
Religião		
Católica	15	79
Evangélica	4	21

Fonte: Dados da pesquisa

Sobre a média de idade obtida, pode-se relacionar esse resultado com a possibilidade de alta mortalidade em pacientes idosos com transtornos mentais. Sampaio e Caetano (2006) indicam que pacientes com doenças psiquiátricas mais graves apresentaram alto risco de óbito prematuro, seja por causas naturais, ou não naturais. Por outro lado, o mesmo estudo relacionou pacientes com transtornos mentais e o uso abusivo de substâncias, concluindo que a comorbidade clínica (doença associada) aumenta o risco de óbitos prematuros. Isto é, a mortalidade entre pacientes psiquiátricos, de acordo com a maioria dos estudos, é superior a mortalidade da população geral. Assim sendo, pode-se inferir que, possivelmente, a alta mortalidade de idosos pesquisados pode ser justificada pela ausência de idosos acima de 70 anos.

No tocante à temática do arranjo familiar, é interessante destacar o elevado número de idosos que não vivem com os seus cônjuges (78,8%) e que moram sozinhos (21%). Neri (1993) atribui a causa do isolamento social na velhice à dificuldade de relacionar-se com os outros e com o ambiente familiar nessa etapa da vida. Esse fato pode ser atribuído às alterações fisiológicas e fisiopatológicas decorrentes do próprio processo de envelhecimento e, no caso do idoso institucionalizado, esse quadro é ainda mais grave devido à ausência da família ou pelo próprio ambiente privado de relações afetivas.

Com relação ao estado civil, 31,5% dos entrevistados relataram serem divorciados ou separados. Por outro lado, dos idosos que não convivem mais com seus(as) companheiros(as), 57,8% deles ainda moram com 2 ou mais parentes em seu domicílio. Esses dados corroboram o que o IBGE (2002) afirma: são quase seis milhões de idosos que têm filhos e outros parentes sob sua responsabilidade. Percebe-se o crescimento do número de idosos que são responsáveis por seus domicílios, seja no âmbito financeiro, seja no cuidado desempenhado por estes a netos e bisnetos que vivem sob sua custódia.

A convivência com um parente acometido por um transtorno

mental pode contribuir positivamente para o diálogo entre gerações e o rompimento de preconceitos, muitas vezes, associados à carga e inutilidade social do idoso. O trabalho de Segundo et al. (2011) identifica que o conhecimento sobre a doença pode promover um suporte para os familiares lidarem com este familiar. Entretanto, também pode ser observado o inverso; a convivência com este familiar pode ser classificada como difícil ou insuportável, devido à ausência de estratégias pessoais ou institucionais para o dia a dia.

Dentre a porcentagem de não aposentados (41,1%), identificou-se que, do total de homens da amostra, três ainda trabalham (o que corresponde ao percentual de 15,7%). Quando investigamos o histórico de trabalho, deparamo-nos com apenas um participante que não havia realizado trabalho fora de casa. Os demais, que constituem a expressiva quantidade de 94,7%, dizem ter assumido diversas modalidades de trabalho como pedreiro, vigilante, agricultor. Observa-se um aspecto em comum: nenhuma modalidade relatada exigia um alto nível de escolaridade, o que ratifica o grande número encontrado de idosos com baixo grau de escolaridade; não alfabetizados ou com ensino fundamental incompleto (79,3%).

Dos participantes, 57,89% fazem uso de medicação controlada há mais de um ano; 15,78% entre seis meses e um ano; 10,52% entre um mês e seis meses, somando-se assim aos idosos que não souberam informar (10,52%).

Não obstante os pacientes idosos serem beneficiados pelos medicamentos, o uso dos mesmos por esse grupo etário também representa um risco à saúde. Isso se dá em virtude da vulnerabilidade do organismo do idoso, que apresenta particularidades farmacocinéticas e farmacodinâmicas. Assim, na medida em que os idosos utilizam vários medicamentos, apresentam mais reações adversas. Além disso, levando-se em conta o aumento de prevalência de doenças crônicas com a idade, há um maior uso de determinados tipos de medicamentos, somando-se aos psicotrópicos (TEIXEIRA; LEFÈVRE, 2001; COELHO FILHO; MARCOPITO; CASTELO, 2004).

Quanto ao tempo de tratamento nesses serviços, constatou-se que 70% dos participantes da pesquisa têm no máximo um ano de

tratamento. Faz-se necessário considerar que os serviços substitutivos foram implantados no município de Campina Grande – PB no ano de 2005, podendo o período de atividade de o serviço ser considerado recente à época da coleta de dados.

CONCEPÇÕES SOBRE SAÚDE PELOS IDOSOS

Para o questionário de bem-estar subjetivo se fez necessário realizar modificações em algumas questões, de forma a torná-las parte de uma entrevista semidirética. Essas perguntas versavam principalmente sobre a autoavaliação da qualidade de vida, os sentimentos relacionados e a satisfação com a saúde atual dos idosos.

A primeira questão buscou investigar as impressões que os sujeitos possuíam sobre a velhice. Dentre as respostas, destacaram-se aspectos negativos, estando de acordo com outra pesquisa que aponta para uma concepção da velhice também estereotipada (LOPES, 2007). Os estereótipos permeiam questões acerca da saúde, da dependência física, do isolamento e discriminação. Com relação ao fator “saúde”, esta, por vezes, foi encarada como algo inerente à velhice: “Porque a gente é moça não sente nada, né? Quando tá velho tudo no mundo aparece” (CAPS II, 61 anos)¹². Dado semelhante foi encontrado em outra pesquisa que investigou as concepções de transtornos mentais de idosos atendidos por um serviço de Saúde Mental, quando o próprio processo de envelhecimento é apontado como justificativa para a internação (CLEMENTE; LOYOLA FILHO; FIRMO, 2011). Outros encaram o aparecimento de doenças de uma forma mais positiva, mais resiliente: “A pessoa quando vai chegando na velhice, vai chegando os problemas de saúde, mas chega de um lado e a gente vai tratando do outro, né?” (CAPS Ad, 63 anos).

Os participantes da pesquisa também percebem a saúde como mera ausência de doença, debilidade física e afetos negativos, como tristeza e medo. Ainda se observa a presença de uma visão negativa do processo de envelhecimento, que também aparece associado às perdas e fragilidade. Segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS, 1986), a saúde está além da ausência de doença, sendo um

12 Os sujeitos da pesquisa assim serão identificados: (serviço de saúde mental que presta atendimento ao sujeito, idade).

estado adequado de bem-estar físico, mental e social que permite aos indivíduos identificar e satisfazer seus anseios e necessidades.

Chama a atenção o fato de apenas um participante ter atribuído à velhice características de um processo natural, definida como “uma continuação da vida” (CAPS Ad, 60 anos). Também é interessante notar que aqueles que atribuíram à velhice definições positivas são, em sua maioria, usuários do CAPS-ad que se definem estar bem melhor na velhice, idade na qual, após muitos anos de dependência, estão finalmente se tratando.

Percebe-se que a saúde é algo muito importante e almejado para os idosos. Quando questionados sobre a avaliação da sua saúde atual, 63,15% dos sujeitos a avaliaram de forma positiva, enquanto que 31,57% a avaliam de forma negativa; estes se queixam de doenças e complicações da mesma: “Ah, a saúde não tá boa não... Só vivo doente... A semana passada mesmo fui internado” (CAPS II, 69 anos). Pelos discursos dos que avaliam de forma positiva é possível identificar várias justificativas para tal avaliação: enquanto que alguns estão satisfeitos com sua saúde atual – “Tô me sentindo muito bem” (CAPS II, 65 anos) – outros avaliam sua saúde comparando com a saúde de outros grupos – “Pela idade que eu tenho eu acho que tem gente por aí que não tem nem a idade que eu tenho e que é bem mais sem saúde do que eu” (CAPS Ad, 64 anos). Outros ainda se referem aos cuidados que estão tendo com a saúde, atribuindo-a às atividades do CAPS: “Tá melhor. Depois que eu tô aqui eu tô melhor. Tô me divertindo mais, tomando o medicamento na hora certa...” (CAPS II, 63 anos - P13). Acredita-se que a autoavaliação da saúde seja um instrumento bastante válido para pesquisas com idosos devido à sua capacidade preditiva e consistente sobre a mortalidade e o declínio funcional, apresentando confiabilidade e validade semelhantes a outras medidas mais complexas da condição de saúde (LIMA-COSTA; FIRMO; UCHÔA, 2004).

Quando indagados sobre a idade que gostariam de ter hoje, a maioria dos participantes (90%) expressaram que gostariam de ter entre 21 a 68 anos a menos, justificando essa escolha, principalmente pelo desejo de juventude, capacidade funcional para atividades laborais e relações amorosas e conjugais. Desta análise, destacamos

as respostas dos usuários da unidade do CAPS-ad, em específico, quando respondem que gostariam de ter de 22 a 46 anos a menos da idade atual. Acredita-se que estes sofrem com a dependência e as consequências do uso de substâncias psicoativas e, por essa razão, gostariam de retroceder no tempo como uma alternativa de não terem se tornados adictos, como assim justificam: “eu iria me transformar num outro homem (...) porque tudo que eu perdi eu não iria botar mais fora” (CAPS Ad, 61 anos); “Eu começava minha vida novamente...” (CAPS Ad, 63 anos).

Sobressaíram-se também positivas elocuições sobre os serviços substitutivos, apontados pelos participantes como um importante determinante para o melhor enfrentamento de seu sofrimento psíquico nos últimos anos e, portanto, para a melhoria de seu bem-estar atual.

Quando questionados acerca dos atributos para uma vida melhor, destaca-se a maior recorrência de evocações ligadas à satisfação de necessidades financeiras, remetendo a uma real escassez de recursos econômicos dos participantes. Esse fator encontra-se relacionado a outra categoria, referente às necessidades materiais, como pode ser visualizado na Tabela 2.

Tabela 2 - Atributos de melhoria de vida

CATEGORIAS	N	%	UNIDADES DE ANÁLISE
Dinheiro	4	14,2	Dinheiro (2)
			Riqueza
			Riqueza
			<i>“Dinheiro no bolso”</i>
Saúde	3	10,7	Saúde
			Mais saúde
			<i>Voltar a ter saúde</i>
Necessidades materiais	2	7,1	<i>“Fazer o piso da casa”</i>
			<i>“Colocar o piso no banheiro”</i>
Social	2	7,1	<i>“Boa amizade”</i>
			<i>“Não me desacatar”</i>

Fonte: Dados da pesquisa

Com relação ao desejo por boas relações interpessoais, destaca-se que a perda de pessoas próximas, como cônjuge, filhos e amigos, também atua como fator desencadeante de sentimentos como o de solidão, angústia, tristeza, saudade, desânimo. O desejo e/ou acréscimo da saúde também esteve muito presente no discurso dos participantes, o que é compatível com os dados de outros estudos (VERAS, 2009), quando afirmam que a população idosa apresenta mais problemas de saúde que a população geral.

Quando questionados a respeito dos fatores determinantes para a qualidade de vida na velhice, foi solicitado que elencassem três em meio a uma lista de fatores e, dentre eles, o domínio mais frequentemente citado foi o fator religioso, mais especificamente “fé em Deus”, com 20,3% (Tabela 3). Os fatores que não pontuaram ou só receberam uma evocação foram excluídos do quadro.

Tabela 3 - Indicadores associados a uma boa qualidade de vida na velhice

FATORES	Nº. de evocações	F (%)
Fé em Deus	13	24,7%
Casa própria	08	14,8%
Saúde	06	11,1%
Amizade	05	9,2%
Boa aposentadoria	05	9,2%
Ser respeitado	03	5,5%
Tranquilidade	02	3,7%
Família	02	3,7%

Fonte: Dados da pesquisa

Quanto aos significados e objetivos da religiosidade, Pargament e Park (1995) propõem que o caráter religioso possui funções diversas, além de proteger o indivíduo da confrontação com a realidade, seja por esquiva ou por distorção dos fatos reais. Para os autores, a religião seria um suporte empírico para as funções de alívio, conforto e consolo. Além disso, há evidências de que os idosos têm

mais propensão a empregar a religião como recurso de enfrentamento (SIEGEL; ANDERMAN; SCHRISMSHAW, 2001). Assim, na amostra pesquisada, a religiosidade aparece como um fator de extrema importância quando relacionada à saúde mental, visto que todos os sujeitos afirmaram ter uma religião, com a predominância da católica (79 %).

Segundo Cardoso e Ferreira (2009), há registros na literatura de que a religiosidade pode influenciar vários aspectos do bem-estar subjetivo (BES), tais como: a integração e o apoio social, o relacionamento com o divino, a significação da existência e favorecimento de específicos estilos de vida conforme a religião.

As necessidades materiais também se mostraram bem importantes para os idosos deste estudo, que elegeram possuir a “casa própria” como o segundo indicador de qualidade de vida. Esse aspecto se relaciona com a categoria necessidades materiais apresentada na tabela 2, onde enfatizaram que reformas no seu local de morada contribuíam para uma melhor qualidade de vida. O domínio “saúde” correspondeu a 11,1%, demonstrando assim ser bastante relevante para os idosos em questão e ratificando discussões de questões anteriores.

É interessante destacar, dentre as categorias elencadas, a posição adquirida pela “Amizade”. Talvez esta seja um indicativo da necessidade da inclusão social dessa parcela da sociedade, há muito tempo segregada, que hoje luta pela participação social e, dentro desta, deseja manter boas relações interpessoais e construir uma rede de amigos. Percebe-se que ela ganha um destaque maior que “Família”.

No que diz respeito aos fatores determinantes para uma má qualidade de vida na velhice, destacam-se as categorias “ausência de saúde e social”, como pode ser verificado na Tabela 4. Na categoria “ausência de saúde”, a doença é indicada como o principal determinante para uma má qualidade de vida. Por sua vez, na categoria “social”, observa-se que a relação com o outro é ressaltada com frequência, tanto positivamente, quando essa presença é requisitada – “não ter visita de amigo” – quanto negativamente, quando o outro é fonte de problemas – “mau vizinho”.

Tabela 4 - Indicadores associados a uma má qualidade de vida na velhice

CATEGORIAS	N	%	SUB-CATEGORIAS
Ausência de saúde	10	17,5	Perda da visão
			Doença (6)
			Cegueira
			Problema mental
			Esquecimento
Social	8	14	Não ter visita de amigo
			Apatia dos outros
			Intriga
			Mau vizinho
			Insegurança (violência)
			Ser incomodado (vizinho)
			Viver sozinho
			Solidão

Fonte: Dados da pesquisa

De acordo com os dados obtidos na categoria “ausência de saúde”, percebe-se que há uma estreita relação entre a vulnerabilidade do próprio processo de envelhecimento e as doenças que acometem o idoso, o que possivelmente afeta sua qualidade de vida. Profissionais clínicos e investigadores no campo da saúde mental reconhecem que a QV é uma medida importante de impacto pessoal e/ou social de patologias (SAINFORT; BECKER; DIAMOND, 1996). Apesar de os participantes da pesquisa serem usuários de serviços de saúde mental, somente um relacionou má qualidade de vida com seu “problema mental”. Em linhas gerais, a qualidade de vida é definida por eles como saúde, mas não especificamente a saúde mental.

Ao relatarem seu maior medo, referiram-se mais frequentemente à violência, como assalto, assassinato ou violência física, e acidentes. Esses medos parecem relacionados a um sentimento de insegurança na vida cotidiana. Também foram significativas as referências ao medo de morrer e ao medo de perder a saúde, vindo a “ficar doente em cima de uma cama” ou adquirindo uma “doença

repentina”, enfatizando a significância da saúde e funcionalidade para os idosos.

Quando existe a repetição de experiências de doenças para os idosos, a ansiedade remetendo-lhes a aproximação da morte e da impossibilidade de evitá-la (SILVA; MARTINS; BACHION, 2006; VERAS; CALDAS, 2004). Além das associações com a saúde, a QV também é vista como um estado de tranquilidade e paz. Os que avaliaram a QV como “Boa” (42,1%) assim o fizeram justificando principalmente pela saúde atual e pelas condições financeiras que possuíam. Outros fatores podem também ter contribuído para a avaliação citada, quais sejam: o bem-estar cotidiano dos idosos e a satisfação dos mesmos com o serviço oferecido pelo CAPS.

Quando a avaliação da QV era tida como “Regular” (42,1%), as condições financeiras e a saúde novamente foram evocadas como fatores determinantes. “Num tá muito bom porque o dinheiro que eu ganho é muito pouco (...). Se eu tivesse uma boa qualidade de vida eu tinha uma pensão, meu negócio era ir pra frente sem droga, sem cachaça, sem isso, sem aquilo” (H, 61 anos, CAPS-AD).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A análise dos resultados sugere que as concepções de bem-estar subjetivo dos participantes estão permeadas por questões como: saúde, condições econômicas e relações sociais. A saúde, relatada diversas vezes, se refere à saúde física ou à falta dela, enquanto que não houve uma abordagem da saúde psíquica/mental. Interessante ressaltar que as evocações e desejos autorrelatados em torno do tema saúde, enfatizam principalmente questões físicas, em detrimento de outros aspectos. Para além do domínio da saúde, é conhecido que tanto as condições de vida quanto o domínio ambiental influenciam no bem-estar subjetivo, e com os idosos da amostra não foi diferente. Comprovando tal proposição, os desejos e medos expressos denotam necessidades básicas em torno de questões como moradia e segurança, além de saúde. Provavelmente agravada pelas condições de vida, a velhice é percebida negativamente como um período de potenciais perdas e adoecimentos.

Foi notável a discrepância em termos de comprometimento

cognitivo dos usuários dos CAPS e das Residências Terapêuticas. Entre esses últimos, muitos não fizeram parte da pesquisa por não apresentarem condições cognitivas para um diálogo simples e dirigido, provavelmente em face de seu longo histórico de internações psiquiátricas e medicalização. Por outro lado, os usuários entrevistados no CAPS-ad demonstraram níveis de comunicação e funcionalidade destacáveis em relação aos demais.

Entre as dificuldades enfrentadas no intercurso da pesquisa, destaca-se a amostra total de idosos encontrada nos SRT e CAPS significativamente menor do que informado em levantamentos anteriores. Esse fato relaciona-se com as constatações efetivadas no tocante à organização dos documentos dos usuários pela administração desses serviços, dificultando sobremaneira os procedimentos de coleta de dados. A inexistência de documentação de alguns usuários impossibilitou sua inclusão na pesquisa, devido à incerteza sobre sua idade cronológica e história clínica. Contudo, os dispositivos da Reforma Psiquiátrica atuantes no atendimento aos indivíduos com sofrimento mental parecem estar atendendo razoavelmente suas funções, em face às avaliações positivas elaboradas pelos usuários dos serviços.

Conclui-se que a categoria “saúde” apresenta uma representação hegemônica para os participantes da pesquisa e direciona suas percepções sobre o bem-estar subjetivo e o processo de envelhecimento, embora não tenha havido consenso sobre definição e fatores. Entretanto, há outros elementos que estão implicados na percepção pessoal sobre bem-estar subjetivo, quais sejam: relações sociais, condições financeiras, desejos, medos, entre outros. Esses podem ser trabalhados em contextos específicos de oficinas terapêuticas para idosos, oficinas de geração de renda e intensificação da participação familiar no tratamento.

Diante de tais resultados, parece pertinente a sugestão de programas específicos para os idosos usuários dos serviços substitutivos, de forma que possam influenciar no bem-estar subjetivo desses, em consonância com as idiosincrasias que cercam seus problemas de saúde e sua faixa etária.

REFERÊNCIAS

AMARANTE, P. D. C. **O homem e a serpente: outras histórias para a loucura e a psiquiatria**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 1996.

AMARANTE, P. D. C. **Saúde mental e atenção psicossocial**. 2.ed. Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, 2008.

ANGUAS, A. **El significado del bienestar subjetivo, su valoración en México**. Dissertação não publicada (Mestrado em Psicologia Social), 1997 – Universidad Nacional Autónoma de México, Cidade do México.

BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. Lisboa: 70. ed., 1997.

BENEDETTI, T. R. B. et al. Atividade física e estado de saúde mental de idosos. **Rev. Saúde Pública**. v. 42, n. 2, p 302-307, 2008. Disponível em: <http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102008000200016&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 07 ago. 2010.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Promoção da Saúde**: Carta de Ottawa, Declaração de Adelaide, Sundsvall e Santa Fé de Bogotá. L. E. Fonseca, trad., Brasília, DF, 1996.

BRASIL. Ministério da Saúde. SECRETARIA DE ATENÇÃO À SAÚDE. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Residências terapêuticas: o que são, para que servem**. Brasília, DF, 2004.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Reforma psiquiátrica e política de saúde mental no Brasil**. Brasília-DF, 2005.

CAMARGO, S. Um olhar sobre a loucura de Foucault. **Científico**. v. 1, n. 3, p.30, 2003. Disponível em: < <http://www.frb.br/ciente>>.

Acesso em: 20 set. 2010.

CARDOSO, M. C. D. S.; FERREIRA, M. C. Envolvimento religioso e bem-estar subjetivo em idosos. **Psicologia: Ciência e Profissão**, v. 29, n. 2, p.380-393, 2009.

CLEMENTE, A. S.; LOYOLA FILHO, A. I.; FIRMO, J. O. A. Concepções sobre transtornos mentais e seu tratamento entre idosos atendidos em um serviço público de saúde mental. **Cad. Saúde Pública**, v. 27, n. 3, p. 555-564, 2011. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=So102-311X2011000300015>. Acesso em: 02 jul. 2012.

COELHO FILHO, J. M.; MARCOPITO, L. F.; CASTELO, A. Perfil de utilização de medicamentos por idosos em área urbana do Nordeste do Brasil. **Rev. Saúde Pública**, v.38, n. 4, p. 557-564, 2004. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rsp/v38n4/21086.pdf>>. Acesso em: 29 ago. 2010.

COSTA, L. S. M.; PEREIRA, C. A. A. Bem-estar subjetivo: aspectos conceituais. **Arquivos Brasileiros de Psicologia**, v. 59, n.1, 2007. Disponível em: <<http://seer.psicologia.ufrj.br/index.php/abp/article/view/127/117>>. Acesso em: 07 ago. 2012.

CSIKSZENTMIHALYI, M. **Beyond boredom and anxiety**. San Francisco: Jossey-Bass, 2000.

DIENER, E. Subjective Well-Being: **Psychological Bulletin**, v. 95, n. 3, p. 542-575, 1984.

FOUCAULT, M. **História da loucura na idade clássica**. 8.ed. São Paulo: Perspectiva, 2005.

FREITAS, A. V. S. Cidadania e participação social do idoso: acesso à comunicação em saúde. **Saúde em debate. Rev. do Centro Brasileiro de Estudos e Saúde - CEBES**, v.34, n. 84, p.87-92, 2009.

Disponível em: <http://www.saudeemdebate.org.br/artigos/artigo_int.php?id_artigo=212>. Acesso em: 03 jul. 2012.

GIACOMONI, C. H. Bem-estar subjetivo: em busca da qualidade de vida. **Temas de Psicologia**, v.12, n.1, p.1401-1410, 2002.

GOFFMAN, E. **Manicômios, prisões e conventos**. São Paulo: Perspectiva, 1961.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA [IBGE]. **Perfil dos idosos responsáveis pelos domicílios no Brasil**. Rio de Janeiro: IBGE, 2002. Disponível em: <<http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/perfilidoso/perfidosos2000.pdf>>. Acesso em: 14 jul. 2010.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA [IBGE]. **Sinopse do Censo Demográfico 2010**. Rio de Janeiro: IBGE, 2011. Disponível em: <<http://www.ibge.gov.br>>. Acesso em: 02 jul. 2012.

LAURENTI, R. A mensuração da qualidade de vida. **Rev. Assoc. Med. Bras.** v. 49, n. 4, p.361-362, 2003. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-42302003000400021&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 02 jul. 2012.

LAURENTI, R. As manifestações de sofrimento mental mais frequentes na comunidade. **Revista Eletrônica Saúde Mental, Álcool e Drogas**, v. 3, n. 1, 2007. Disponível em: <<http://redalyc.uaemex.mx/src/inicio/ArtPdfRed.jsp?iCve=80303207>>. Acesso em: 20 nov. 2010.

LIMA-COSTA, M. F.; FIRMO, J. O. A.; UCHÔA, E. A estrutura da auto-avaliação da saúde entre idosos: Projeto Bambuí. **Rev. Saúde Pública**, v. 38, n. 6, p. 827-834, 2004. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0034-89102004000600011&script=sci_arttext>. Acesso em: 29 ago. 2010.

LOPES, R. G. C. Imagem e auto-imagem: da homogeneidade da velhice para a heterogeneidade das vivências. In: NERI, A. L. (Org.). **Idosos no Brasil: vivências, desafios e expectativas na terceira idade**. São Paulo: Editora Fundação Perseu Abramo, Edições SESC, 2007. p.141-152.

MAIA, L. C.; DURANTE, A. M. G.; RAMOS, L. R. Prevalência de transtornos mentais em área urbana no norte de Minas Gerais, Brasil. **Rev. Saúde Pública**, v.38, n.5, p.650-656, 2004. Disponível em: <http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=So034>. Acesso em: 30 ago. 2010.

NERI, A. L. **Qualidade de vida e idade madura**. Campinas: Papyrus, 1993.

OLIVEIRA, A. G. B.; ALOSSI, N. P. O trabalho de enfermagem em saúde mental: contradições e potencialidades atuais. **Rev. Latino-Am Enfermagem**, v.11, n.3, p.333-340, 2003.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE (OMS). **Carta de Ottawa para a Promoção da Saúde**. Genebra: OMS, 1986. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/carta_ottawa.pdf. Acesso em: 04 ago. 2012.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE (OMS). Saúde mental: nova concepção, nova esperança. **Relatório Mundial da Saúde**, Lisboa, 2002. Disponível em: <http://www.who.int/whr/2001/en/whro1_djmessage_po.pdf>. Acesso em: 19 jul. 2012.

PARGAMENT, K. I.; PARK, C. L. Merely a defense? The variety of religious means and ends. **Journal of Social Issues**, v.51, n. 2, p.13-32, 1995.

PASCHOAL, M. P. **Qualidade de vida do idoso: construção de um instrumento de avaliação através do método de impacto clínico**. 2004, 227 f. Tese (Doutorado em Medicina Preventiva),

Universidade de São Paulo, São Paulo.

PITTA, A. M. F. **Reabilitação psicossocial no Brasil**. 2.ed., São Paulo: Hucitec, 2001.

RAMOS-CERQUEIRA, A. T. A.; CREPALDI, A. L. Quality of life in chronic pulmonary diseases: conceptual and methodological aspects. **J. Pneumologia**, v. 26, n. 4, 2000. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=So102-3586200000400008&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 19 jul. 2012.

ROBERTO, S. F. Transtornos mentais prevalentes no Brasil. **Jornal do Conselho Federal de Medicina**, v.155, n. 20, p. 8-9, 2005.

ROTELLI, F. Desinstitucionalização, uma outra via. In: NICÁCIO, M. F. (Org.). **Desinstitucionalização**. São Paulo: Hucitec, 1994. p. 17-60.

SAINFORT, F.; BECKER, M.; DIAMOND, R. Judgments of Quality of Life of individuals with severe mental disorders: patient self-report versus provider perspectives. **American Journal of Psychiatry**, v.153, n. 2, p. 497-502, 1996.

SAMPAIO, A. L. P.; CAETANO, D. Mortalidade em pacientes psiquiátricos: revisão bibliográfica. **J. Bras. Psiquiatr**, v. 55, n.3, p. 226-231, 2006. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/jbpsiq/v55n3/v55n3a09.pdf>>. Acesso em: 20 nov. 2010.

SCORSOLINI-COMIN, F.; SANTOS, M. A. Avaliação do Bem-Estar Subjetivo (BES): Aspectos conceituais e metodológicos. **Revista Interamericana de Psicologia**, v. 44, n.3, p.4442-4448, 2010.

SEGUNDO, E. M. D. O. et al. A percepção da família que convive com pessoas portadoras de transtornos mentais. **Saúde Coletiva**, v.49, n.8, p.93-98, 2011. Disponível em: <http://redalyc.uaemex.mx/src/inicio/ArtPdfRed.jsp?iCve=84217104007>. Acesso em: 02 jul. 2012.

SIEGEL, K.; ANDERMAN, S. J.; SCHRIMSHAW, E. W. Religion and coping with health-related stress. **Psychology and Health**, v. 16, n. 6, p. 631-653, 2001.

SILVA, E. V. et al. Percepção de idosos de um centro de convivência sobre envelhecimento. **Rev. Min. Enferm.**, v. 10, n.1, p. 46-53, 2006. Disponível em: http://www.portalbvsenf.eerp.usp.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1415-27622006000100009&lng=pt&nrm=iso. Acesso em: 07 ago. 2010.

SILVA, C. T. B. D. et al. Atendimento de um hospital universitário em Porto Alegre. **Revista da AMRIGS**, v.55, n.2, p.1-5, 2011.

SOUZA, A. A. P.; EULÁLIO, M. C. E agora, o que vai ser da gente? – Fim de um hospital psiquiátrico: relato de caso em Campina Grande – PB. In: SILVEIRA, M. F. A.; SANTOS JÚNIOR, H. P. O. (Orgs.). **Residências terapêuticas: pesquisa e prática nos processos de desinstitucionalização**, Campina Grande – PB: EDUEPB, 2011. p. 97-114.

TEIXEIRA, J. J. V.; LEFÈVRE, F. A prescrição medicamentosa sob a ótica do paciente idoso. **Rev. Saúde Pública**, v. 35, n. 2, p. 207-213, 2001. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rsp/v35n2/4407.pdf>>. Acesso em: 20 jun. 2010.

VERAS, R. P.; CALDAS, C. P. Promovendo a saúde e a cidadania do idoso: o movimento das universidades da terceira idade. **Ciênc. Saúde Coletiva**, v.9, n.2, p.423-432, 2004. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csc/v9n2/20396.pdf>>. Acesso em: 30 ago. 2010.

VERAS, R. Envelhecimento populacional contemporâneo: demandas, desafios e inovações. **Rev. Saúde Pública**, v.43, n.3, p. 548-554, 2009. Disponível em: <http://www.scielosp.org/pdf/rsp/v43n3/224.pdf>. Acesso em: 20 nov. 2010.

CAPÍTULO 7

OS SABERES SOBRE A LOUCURA PRODUZIDOS NO MEIO RURAL

Railda Sabino Fernandes Alves
Samkya Fernandes de Oliveira Andrade
Myriam de Oliveira Melo
Deize Lima Gonçalves
Thiago Silva Fernandes
Tiago Fernandes Alves

INTRODUÇÃO

Este trabalho, fundamentado na Teoria das Representações Sociais, tem como argumento principal o estudo do senso comum sobre a loucura. Através do senso comum, os repertórios de significados, que constituem uma sociedade, dão-se a conhecer e justificam toda a produção do conhecimento. O objeto representacional aqui estudado foi construído levando-se em consideração a relação sujeito/objeto em seu contexto sócio-histórico-cultural. E os objetivos foram a compreensão das representações sociais da loucura elaboradas por agricultores do meio rural paraibano.

Inicialmente faremos um breve passeio pelas rupturas paradigmáticas que se registram no processo histórico social entorno das representações sobre a loucura. Para guiar esse percurso, seguiremos as ideias de Foucault (1978), Porter (1991) e Silva (1979). Em seguida, mostraremos todo o percurso metodológico da pesquisa, destacando os resultados.

A loucura em suas várias percepções e representações verificadas ao longo dos séculos XV ao XX, períodos correspondentes à Renascença, à era Clássica, à era Moderna e Pós-moderna, foi “tratada” de várias maneiras. Na perspectiva de Foucault (1978), as

representações da loucura têm, na base de sua construção, princípios metafísicos dos quais a religião, a moral e a filosofia se apropriam para explicá-las. Com o advento do nascimento das ciências positivas, a loucura deixa de ser objeto da religião, da moral e da filosofia, para se tornar objeto da medicina.

Através dessa pesquisa, esperamos contribuir com a construção de novos espaços de discussão, avançando cada vez mais na desmistificação da loucura. Que apesar de sua densidade histórico-cultural, ainda carece de estudos que ampliem o conhecimento sobre os processos de tratamento e controle de sua sintomatologia.

A HISTÓRIA DA LOUCURA

Foucault (1978) delimita o lugar da loucura na história a partir das considerações acerca da relação entre a lepra e a loucura. A lepra foi representada como um mal contagioso com forte conotação moral-religiosa, que deveria ser segregado da sociedade. Com o tempo, o foco sobre a lepra foi sendo substituído pelas doenças venéreas, as quais passam a ser objeto de interesse das estruturas morais e religiosas da época. Apesar da exclusão social, os doentes acometidos de doenças venéreas vão se infiltrando nos hospitais, demonstrando resistências em sair. Este processo força a construção de casas especiais para esses doentes, não mais para sua exclusão, mas para o seu tratamento. As doenças venéreas tornam-se “causa médica, inteiramente do âmbito do médico” (FOUCAULT, 1978, p.8).

Esta perspectiva de tratamento da doença venérea estabelece uma distinção entre a doença só moral, aquela que é associada à noção de pecado e de salvação, como a lepra, e a doença que pertence ao campo médico, aquela que merece tratamento com medicamentos. Foucault (1978) afirma não ser a loucura herdeira da doença venérea, mas da lepra. E serão necessários quase dois séculos para que a loucura suceda a lepra em seus espaços de medos, reação de divisão, de exclusão e de purificação, para incluí-la nas formas de tratamento médico.

A Renascença (século XV ao XVII) evidenciou uma grande contradição. Por um lado, a segregação da loucura, por outro, a sua “libertação”, por meio da expressão das várias artes. Através dessa

expressão, foi possível compreender as múltiplas formas de cuidar da loucura: como dominá-la, como exorcizá-la para que ocorra a remissão dos pecados, como extirpá-la da sociedade, enfim, como “tratá-la”.

Foucault utiliza-se das expressões da literatura, da filosofia e da iconografia para mostrar, através da análise discursiva destas expressões, como a loucura foi representada e associada à morte, ao vazio, ao nada. Entretanto, a loucura, mesmo em face da desordem que representa, exerce um grande fascínio nos homens, porque significa um saber.

A Era Clássica, por sua vez, iniciada ainda no século XVII, vai silenciar a loucura. Descartes, ao perceber que a loucura esteve, durante a Renascença, em pé de igualdade com os sonhos e com todas as possibilidades de ilusão e de erro, posiciona-se de forma contrária, afirmando a existência de diferenças básicas entre a loucura, o sonho, a ilusão e o erro. Assim, se na Renascença evidenciava-se a representação da loucura, mediante a incerteza entre a razão e a desrazão, na Era Clássica, destacava-se a cisão entre a loucura e a razão. Essa delimitação favorece o início do domínio da loucura pela medicina, originando a fase dos internamentos.

O fato mais marcante da Era Clássica foi o internamento do louco. O objetivo do internamento ainda não estava atrelado à ideia de tratamento, mas ao de segregar. Além dos doentes venéreos e loucos, eram internados também devassos, dissipadores, homossexuais, blasfemadores. Assim, a grande internação foi marcada pela mistura indiscriminada, sem que houvesse preocupação em discernir os doentes dos não doentes, os criminosos dos alienados.

Nos séculos XVII e XVIII, surgem as internações por tempo determinado em lugares reservados à loucura. Essas experiências marcam, mesmo que de forma rudimentar, a representação da loucura como doença.

A Era Clássica também marca o nascimento do asilo implementado por Pinel que ressalta a necessidade de diferenciar os loucos dos criminosos comuns e mendigos. Pinel defende o tratamento do louco e critica as formas usadas naquele momento, a saber: o amontoado de doentes em lugares úmidos, frios e abafados. Propõe

a quebra das correntes, a separação dos doentes e a sua colocação em lugares mais apropriados.

Ao final do século XVIII, o personagem do médico, que até então ocupava uma posição secundária na vida do internamento, torna-se figura central do asilo. Este fato vai modificar o relacionamento entre a alienação e a medicina e comandará toda a experiência moderna da loucura. É nesse sentido que caminha a psiquiatria no século XIX, convergindo para Freud, que aceitou o par médico-paciente. Isto significa que Freud desmistificou todas as estruturas asilares, transferindo os poderes dos asilos, sobre a existência do louco, para o médico. Pela situação psicanalítica, a alienação tornou-se desalienante, porque o louco passa a ser sujeito do médico.

O pensamento moderno sobre a loucura de acordo com Foucault (1978) é marcado pela ruptura das velhas formas de pensar, entre a antiguidade clássica e a modernidade. O século XIX é marcado pelo discurso da liberdade do louco. Para Foucault, a liberdade proposta por Pinel era ambígua, pois só podia atuar no espaço fechado do internamento. A associação direta da loucura com o crime e o mal se desfaz, mas o louco é inserido nos mecanismos rigorosos do determinismo: “retirando as correntes que impediam o uso de sua livre vontade, mas para despojá-lo dessa mesma vontade, transferida e alienada no querer do médico” (FOUCAULT, 1978, p.507).

Porter (1991) afirma que, no século XIX, a ideia de internamento é sofisticada, pois a internação visa à reprogramação do louco, mediante o ensino da disciplina e a retificação do pensar e do sentir. Na metade do referido século, procedeu-se a constatação de que os loucos não estavam obtendo a cura. Ao invés dela, muitas outras formas de loucura foram descobertas e registradas. Assim, à estrutura asilar, foi atribuída a fabricação da loucura. Uma nova mudança, então, se opera na ideia asilar: os asilos passam a ser usados como depósitos de loucos incuráveis.

O século XX surge trazendo consigo as incertezas do passado quanto à elucidação da loucura. Demonstra que não existem significados científicos hegemônicos e nem representações sociais fixas. Esta instabilidade resulta de múltiplos fatores decorrentes da cultura, das ideologias, das representações sociais. A loucura conserva

o seu enigma, que impede a solução do problema da divisão entre teorias psicológicas e somáticas (PORTER, 1991). O conhecimento da doença mental ainda não é o suficiente para deslindá-la.

O momento atual mostra que os aparatos discursivos sobre a loucura se configuram como linguagem de poder do médico e do psicólogo sobre o louco. Entretanto, por suas características de ruptura e pulverização dos discursos científicos, pelo despontar das práticas interdisciplinares, pelo questionamento de tudo o que predominou até agora acerca da forma de ver o mundo dos fenômenos humanos e sociais, o desenvolvimento da ciência sinaliza para uma tomada de decisão cada vez mais sensível, exigente e atuante nas causas humanas e sociais.

SOBRE A TEORIA DAS REPRESENTAÇÕES SOCIAIS (TRS)

A TRS surge com Moscovici nos anos que antecederam a década de 60 do Século XX. A sua motivação inicial partiu de comprovações semiempíricas acerca de como a psicanálise ocupara os espaços sociais na França. A partir disso, Moscovici desenvolve uma pesquisa sobre representações sociais da psicanálise na França, cujos resultados dão origem à tese de título *La psychanalyse – Son image et son public*, publicada na França, em 1961. O seu objetivo era compreender a transformação do conhecimento erudito em senso comum, o que levaria, intencionalmente, a propor uma alternativa para a evolução da Psicologia Social. Neste sentido, a TRS afirma-se como conhecimento em franco desenvolvimento no domínio da Psicologia Social, na vertente europeia.

Os objetivos de Moscovici passam a ser o desenvolvimento de uma psicossociologia do conhecimento, na qual, as representações sociais (RS) funcionariam como uma modalidade de conhecimento, cujo objetivo é a elaboração de comportamentos e a comunicação entre os indivíduos. A abordagem psicossociológica é entendida como um paradigma de ciência que concentra os conhecimentos da Sociologia e da Psicologia, dando ideia de uma transdisciplina (ENRIQUEZ, 1994).

Sá (1998a) afirma a existência de outras escolas de representações sociais complementares à “grande teoria”, proposta

originalmente por Moscovici, e destaca: a perspectiva de **Denise Jodelet** caracteriza-se pela contribuição para o aprofundamento da abordagem moscoviciano. Destaca-se pela sistematização das noções teóricas, sobretudo do conceito, conferindo-lhe uma feição mais objetiva e explícita; a perspectiva de **Willem Doise**, por sua vez, lança, como marca de distinção da “grande teoria”, a preocupação com as condições através das quais as RS são produzidas e circulam no meio social; a perspectiva inaugurada por **Jean-Claude Abric** – a Teoria do Núcleo Central -, ainda que complementar à “grande teoria”, é a única abordagem teórica considerada autônoma.

Acerca do desenvolvimento da TRS no Brasil, recentemente, alguns autores, a exemplo de Jodelet (apud SÁ, 1998a), Moreira e Oliveira (1998), e Sá (1998b), afirmaram que a escola brasileira de representações sociais se caracteriza pela independência com que os seus pesquisadores trabalham neste referencial. A teoria é utilizada por profissionais e estudiosos oriundos de vários campos de conhecimento, não necessariamente ligados à Psicologia Social.

Moscovici foi frequentemente cobrado a elaborar um conceito formal das representações sociais, ainda que nunca o fizera. Segundo Sá (1995), para Moscovici, a Psicologia Social pertence ao domínio das Ciências Sociais, de modo que não deve perseguir a verificação de hipóteses isoladas em laboratório, e, sobretudo, não pretender uma definição estática de seus termos. Moscovici preocupa-se em estabelecer múltiplas premissas que, anteriores ao conceito, permitem dimensionar a teoria, de modo a promover a sua compreensão e a sua posterior conceituação. Para ele, “representar um objeto é, ao mesmo tempo, conferir-lhe o status de um signo, é conhecê-lo, tornando-o significante” (MOSCOVICI, 1978, p.63).

A partir das noções edificadas por Moscovici, Jodelet (1988) afirma que é na interface do psicológico e do social que se focaliza a noção de RS. Esta diz respeito, essencialmente, à forma como os sujeitos sociais apreendem os acontecimentos do cotidiano, às informações que circulam no meio, às relações que se desenvolvem entre as pessoas.

Sendo assim, as RS são entendidas como o conhecimento espontâneo, também denominado conhecimento do senso comum, ou

pensamento natural, por oposição ao pensamento científico. Para Jodelet (1988), esse conhecimento se constitui a partir de nossas experiências, das informações, dos saberes, dos modelos de pensamentos que recebemos e transmitidos pela tradição, educação e comunicação social. “É um conhecimento socialmente elaborado e partilhado” (p.360). Objetiva organizar o meio, explicar os fatos e as ideias que encapam nosso universo de vida, nossa maneira de agir com e sobre o outro.

Guareschi (1996), baseado no conceito de Jodelet, identifica, no ato de representar, cinco características, a saber: representa sempre um objeto; é imagem e com isso pode alterar a sensação e a ideia, a percepção e o conceito; tem um caráter simbólico e significante; tem poder ativo e construtivo; finalmente, possui um caráter autônomo e generativo.

Abrieux (1998) define as representações sociais como “o produto e o processo de uma atividade mental, através da qual um indivíduo ou um grupo reconstrói a realidade com a qual ele se confronta e para a qual ele atribui um significado específico” (p.28).

Observamos a existência de diversas possibilidades de utilização da noção de representação. De acordo com Spink (1995), a RS é uma noção complexa, pela dificuldade de extinguir a dicotomia entre o individual (o sujeito que é o responsável pelo processamento das representações) e o coletivo (as representações são elaboradas mediante as ideologias, os mitos e as crenças que circulam nas sociedades). A solução para o problema decorre de que a RS possui uma dupla face, sendo ao mesmo tempo, produto e processo.

O EIXO METODOLÓGICO

Para dar conta do nosso objeto representacional, as RS da loucura para os agricultores do Cariri paraibano, utilizamos uma entrevista em profundidade (THIOLLENT, 1982) e um questionário misto (CHIZZOTTI, 1998). Para a análise do material obtido em entrevistas em profundidade, presididas por uma postura não diretiva, escolhemos a análise da enunciação (BARDIN, 1977) como técnica. Para dar visibilidade aos discursos, utilizamos as árvores de associação de sentidos (SPINK; LIMA, 1999).

Realizamos quarenta e três entrevistas. As primeiras vinte e três tiveram por finalidade a testagem dos instrumentos. As outras vinte foram analisadas. Acionamos o critério de saturação (SÁ, 1998a) para sinalizar a quantidade de entrevistas a serem analisadas. E como critério de inclusão dos participantes (N=20), utilizamos como características ser agricultor(a), adulto(a) e morador(a) de uma das cidades do Cariri paraibano: Boqueirão, Cabaceiras, Caturité, Monteiro e Prata.

RESULTADOS E DISCUSSÕES

PERFIL SOCIODEMOGRÁFICO DA AMOSTRA ESTUDADA

Os agricultores participantes são adultos e suas idades variam de 31 e 79 anos (52,4 ± 11,6). No quadro 1, estão apresentados os resultados do questionário quanto às questões sexo, religião, estado civil e níveis de escolaridade.

Quadro 1 - Parâmetros sociodemográficos de Agricultores do Cariri paraibano
Os percentuais foram calculados tomando por base N=20

Sexo		Religião		Estado Civil			Níveis de Escolaridade				
Masc.	Fem.	Católica	Protestante	Solteiro	Casado	Viúvo	Não Alfabetizados	1ª fase do ensino fundamental incompleto	1ª fase do ensino fundamental completo	Ensino Básico Incompleto.	Graduação Incompleta
11	9	15	5	1	16	3	6	10	2	1	1
55%	45%	75%	25%	5%	80%	15%	30%	50%	10%	5%	5%

Fonte: Dados da pesquisa.

A amostra é em sua maioria católica (N=15; 75%) e composta por 11 homens (55%) e 9 mulheres (45%). Em relação ao estado civil, 80% de agricultores vivem com companheiros e 20% sem companheiros. A pesquisa da escolaridade identifica um percentual de 50% de pessoas que não concluíram a primeira fase do ensino fundamental, e de 30% de não alfabetizados (TFOUNI,1988). Em nossa compreensão, existe uma relação entre RS destes agricultores e o seu grau de escolaridade. Os resultados deste estudo apontaram que as RS sobre

a loucura possuem dois componentes principais: o orgânico e o espiritual. Os elementos que formam o componente orgânico estão atrelados às informações originadas no universo reificados e os elementos do componente espiritual, originados no universo consensual. O componente espiritual possui um peso maior em relação ao outro componente. Inferimos que a força do componente espiritual pode ser consequência da pouca escolarização que impede o livre acesso ao conhecimento produzido no universo reificado e, ainda, da maior dificuldade de circulação das informações nos grupos estudados.

ANÁLISE TEMÁTICA DO CONTEÚDO: CATEGORIZAÇÃO E DISCUSSÃO

Para ampliar a compreensão acerca das RS dos participantes incluímos, no questionário, algumas questões abertas. A partir das quais, derivamos várias categorias de análise que aqui demonstraremos apenas duas: 1: cuidados com a saúde e tratamento da doença; 2: medidas promotoras de saúde.

CUIDADOS COM A SAÚDE E TRATAMENTO DA DOENÇA

Quadro 2 - Práticas de saúde e tratamento

CATEGORIA	COMPONENTES DA CATEGORIA	PRÁTICAS	EXEMPLOS	Nº DE ITENS E PERCENTUAL
Cuidado com a saúde e tratamento da doença	Valorização do pensamento reificado	Recorre à prevenção	"tenho higiene"	9 27,27%
		Recorre ao Médico	"vou ao médico"	11 33,33%
		Recorre ao medicamento não caseiro	"quando o médico passa remédio que não posso comprar peço ao prefeito"	3 9,10%
	Valorização do pensamento consensual	Recorre ao medicamento caseiro	"tomo remédio caseiro também"	5 15,15%
		Recorre a Deus	"Nada", "nada só busco a Jesus"	5 15,15%
Total				33 100%

Fonte: Dados da pesquisa.

No decorrer desta pesquisa, detectamos a interferência da ideologia religiosa sobre a formação das representações sociais da saúde-doença, e sobre toda a conduta relacionada a este processo. Além disso, verificamos que os atores objetivam suas representações de

loucura de maneira híbrida, em loucura do corpo e loucura do espírito.

Fazendo uma ponte entre os nossos resultados e a literatura pesquisada, podemos concluir que ideologia religiosa cristã ainda exerce um grande poder sobre a forma como os agricultores representam a loucura nos dias atuais. Silva (1979) faz referências ao quanto esta ideologia influenciou negativamente a psiquiatria, que teve prejuízos e deixou de avançar em termos da pesquisa de novas formas de tratamento e medicamentos da doença mental.

Como demonstrado no quadro 2, a busca do médico, numa incidência de 33,33%, indica que o saber médico é considerado e procurado pelos agricultores entrevistados, diante do surgimento de doenças. Apesar disso, a compra do medicamento de farmácia (9,10%) não é proporcional a esta procura. Por oposição, a procura pelo remédio caseiro (15,15%) vem, em termos de frequência de evocação, em primeiro lugar, flagrando a contradição entre as práticas relativas ao tratamento.

Os dados mostram que a população vai ao médico, mas nem sempre toma os medicamentos prescritos. Num estudo realizado por Arruda (1985), o médico era assinalado como o primeiro a ser procurado no caso de doenças. Entretanto, antes de procurarem o médico, os entrevistados tinham buscado alternativas de saúde, dentre elas, a medicina popular, que inclui os remédios caseiros. Arruda conclui que o médico não é o primeiro a ser procurado para o tratamento, mas é o que aparece em primeiro lugar na ordem de evocação das respostas. Tal resposta é dada em função da forma pela qual os entrevistados interpretam a intenção da pesquisadora. O fato de ser representante do universo de legitimidade acadêmica favoreceu os entrevistados a pensarem que ela gostaria de ter como resposta: o médico ser procurado em primeiro lugar.

Em relação à expressão evocada: “Não faço nada para cuidar da saúde”, as ações indicativas de promoção de saúde foram: ter higiene, trabalhar no roçado e buscar a Jesus. Arruda (1985) identificou também ações voltadas ao cuidado com o corpo e com a higiene mental. Na perspectiva do corpo, as ações mediadoras da saúde são a higiene, o cuidado com a alimentação, e o repouso, como dormir bem, por exemplo; e na perspectiva da mente são a distração e o

exercício dos bons pensamentos.

MEDIDAS PROMOTORAS DE SAÚDE

Quadro 3 - Componentes dos universos consensuais e reificados promotores da saúde

Categoria	Componentes	Exemplos
Promoção da Saúde	Apropriação do saber reificado	“Faço regime alimentar, evito o sal, faço caminhada” “Pratico um pouco de esporte e tomo vacina” “Me alimento bem” “Trabalho no roçado”
	Apropriação do saber consensual	“Busco a Jesus. Só Ele pode cuidar da gente” “Tenho higiene que toda mulher deve ter, tomo banho antes de dormir”

Fonte: Dados da pesquisa.

A apropriação do conhecimento reificado significa o processo de apropriação e uso de uma dada realidade por um grupo, coletividade ou instituição. Trata-se de um conhecimento originado fora do grupo, coletividade ou instituição, o qual passa a ser usado como regra para guiar suas representações, transformando o que era antes desconhecido em algo natural ao grupo. Essa argumentação mostra que nossas representações sociais não são independentes, mas dependem de nossas relações sociais, nossa concepção de ser humano e sociedade, nas quais está embutida a força de circulação das ideologias no processo de formação das representações sociais. Dessa forma, os exemplos aqui demonstrados - fazer regime, fazer caminhada, tomar vacina etc, - designados como medidas de promoção de saúde são originários do universo reificado. Tais práticas circulam entre as comunicações sociais que, privilegiadas principalmente pelos discursos da mídia, passam a fazer parte dos discursos consensuais, permitindo uma reorganização das práticas de saúde, consideradas a partir destas novas representações sociais. As práticas representativas do universo consensual, como ter higiene, tomar banho antes de

dormir, foram também ratificadas por Queiroz (1991).

Trabalhar foi um fator interpretado como promotor de saúde porque é representado como atividade que proporciona prazer, mesmo que não remunere bem. O trabalho não é representado como causador de doenças. A doença é representada como decorrente das relações sociais estressantes. O trabalho foi apontado como articulador da saúde, pois permite a aquisição de bens materiais, e isto a favorece. Deixar de trabalhar relaciona-se com o momento da irrupção da doença e sinaliza a ruptura do processo “normal” da relação saúde-trabalho. Dessa forma, o trabalho é representado como sinalizador da saúde mental e deixar de trabalhar é grave e sinaliza o adoecimento.

Num trabalho desenvolvido por Herzlich (1996), a saúde e a doença se articulam em suas gêneses, a partir de um esquema que relaciona: saúde – atividade/doença – inatividade. A conjunção desses elementos engendra o formato das RS de saúde e doença. No referido trabalho, quando se analisa a categoria “A doença”, o componente comportamental “redução à inatividade”, representada por 72% das respostas, é entendido como fator preponderante para a definição da experiência da doença, superando, inclusive, a experiência orgânica da dor. As consequências desse fenômeno afetam a vida do indivíduo como um todo, inclusive, o seu status no grupo e o exercício do trabalho, por exemplo.

Alves (1997), num estudo de representações sociais sobre “Mulher e Saúde”, encontrou evidências de que o trabalho exerce uma força positiva na prevenção da doença e manutenção da saúde. Também em Queiroz (1991), os resultados de sua pesquisa mostram a existência de uma forte associação dialética entre ter saúde e poder trabalhar. Neste contexto, “estar doente significa um evento altamente incapacitador, principalmente no que se refere ao trabalho” (Ibidem, p.29).

Souto e Araújo (2000), num estudo de RS sobre saúde/doença, identificaram a existência de uma interação dialética entre as representações de trabalho e saúde. Em tal interação, saúde e trabalho foram representados na forma de processo, implicando no entendimento de que é necessário ter saúde para trabalhar, e trabalhar

para ter saúde.

Boltanski (1989) ratificou o fenômeno, argumentando que, entre as classes sociais mais baixas, a doença só é percebida quando uma forte incapacitação para o trabalho é sentida.

ANÁLISE DO DISCURSO E ENUNCIÇÃO: UM RECURSO PARA SE CHEGAR ÀS REPRESENTAÇÕES SOCIAIS

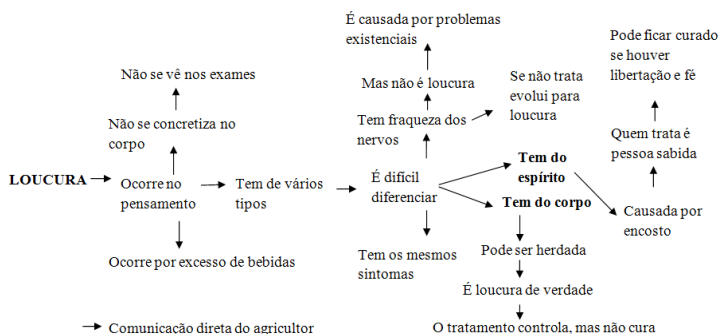
A partir do material coletado nas entrevistas e das respectivas análises dos discursos, mediadas pela técnica de enunciação, chegamos às categorias descritas nesta seção. As quais serão demonstradas por árvores de associação de sentidos (SPINK; LIMA, 1999).

LOUCURA DO CORPO E DO ESPÍRITO

Os interlocutores reconhecem a existência de vários tipos de loucura e, apesar de reconhecerem várias formas de causalidade, enfatizam uma representação elaborada, em sua origem, a partir de dois componentes principais: doença do corpo e doença do espírito.

Em função de serem os sintomas das loucuras semelhantes, os agricultores têm dificuldades em fazer a distinção. A loucura “de verdade” ou a “do corpo”, é de nascença, ou seja, nascida com o louco. Já a do espírito, apresenta-se numa determinada fase da vida, podendo desaparecer se for tratada a tempo por uma pessoa “sabida” (ver **Figura 1**)

Figura 1 - Árvore de associação: Loucura x Fraqueza dos nervos



Fonte: Dados da pesquisa.

A loucura do corpo remete à ideia de uma causa orgânica, mental ou doença dos nervos. A do espírito é claramente definida como advinda de encostos e de maus espíritos, ou demônios, remetendo a ideias místicas que perpassam o imaginário popular desde longas eras. Outros estudos como o de Alves (1997) confirmam estes resultados.

A loucura também foi associada ao consumo excessivo de bebidas alcoólicas. A referência à fraqueza dos nervos aparece, de forma recorrente, como diferente de loucura, mas é pré-condição para a sua instalação. A fraqueza dos nervos acontece porque a pessoa apresenta dificuldades no enfrentamento dos problemas do cotidiano. Problemas forjados em dificuldades financeiras, relacionamentos amorosos e familiares conflitivos, excesso de estudo e pensamento, rejeição, muita responsabilidade, falta de trabalho. Todos esses são listados como geradores de fraqueza. Vimos, portanto, que a ênfase dada aos fatores estressantes do meio denota a qualidade social desses fatores.

A lógica sequencial para o enlouquecimento é primeiro a pessoa ficar nervosa por causa dos problemas, segundo, enfraquecer, e depois, enlouquecer. Queiroz (1991) faz referência ao nervosismo como sendo um dos fatores mais importantes para o surgimento das doenças de um modo geral. Já Herzlich (1996) sem atrelar o equilíbrio, especificamente, a doença mental, faz menção àquele como sendo um dos fatores primordiais na manutenção da saúde de um modo geral. Ela afirma que o equilíbrio é a chave que nos abre o domínio da saúde.

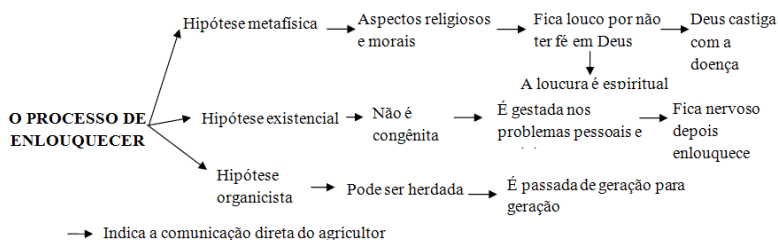
O PROCESSO DE ENLOUQUECIMENTO

Nesta categoria, estão reunidas as RS (ver Figura 2) acerca das hipóteses prováveis para o aparecimento da doença mental. A nossa análise permitiu sintetizar um grupo composto de três hipóteses que foram descritas, de forma recorrente, por todos os atores, as quais serão comentadas a seguir, obedecendo à ordem de evocação.

A primeira conjuga os aspectos metafísicos e morais guiados pela ideia da fé como suporte para a obtenção da saúde/doença mental. É nessa hipótese que está situada a representação da

loucura espiritual. Os agricultores relatam que não acreditar na existência divina, não ter muita fé em Deus, e se afastar Dele são os responsáveis diretos pela causa e emergência da doença mental. Nesse caso, a doença é representada como algo mandado por Deus, em forma de punição, para pessoas que tiveram a sua fé abalada. Queiroz (1991) argumenta que as ideias fatalistas relacionadas ao destino e a Deus possuem um peso considerável tanto para a compreensão das causas das doenças, quanto para o seu tratamento.

Figura 2 - Árvore de associação: o processo de enlouquecer



Fonte: Dados da pesquisa.

A segunda hipótese insere-se nos aspectos existenciais e significa que a doença não é congênita, mas resulta da existência social. É nessa hipótese que a loucura originária da fraqueza de nervos é ancorada. Trata-se das dificuldades que uma pessoa desenvolve para enfrentar os problemas existenciais, em sua interface social.

A fraqueza dos nervos, além de ser o primeiro passo para a pessoa enlouquecer, é também um elemento facilitador da ocorrência de outras doenças. Quando se é nervoso, é mais difícil enfrentar outros problemas da vida. A fraqueza faz aumentar a ansiedade e a depressão e faz a pessoa pensar em suicídio.

Seguindo essa ideia, o enlouquecimento atrela-se a pouca condição que teria uma pessoa para resolver problemas do tipo: sobrecarga de trabalho, trabalho muito estressante, problemas afetivos familiares, perda dos bens materiais, excesso de pensamento, sobrecarga nos estudos, situação social e financeira precária da família, perda do emprego, dentre outros. Este grupo de problemas

foi representado como potencialmente capaz de fazer uma pessoa “enfraquecer dos nervos” e depois enlouquecer. De acordo com essa perspectiva, a loucura seria adquirida a partir das condições existenciais e sociais a que estaria submetida uma pessoa qualquer.

Herzlich (1986) afirma que as RS da saúde e da doença, sejam quais forem os processos psicológicos que as sustentam, são enraizadas na realidade social e histórica. Ainda que metafórica, a doença é, portanto, um significante, cujo significado está na relação do indivíduo com a ordem social. Herzlich afirma ainda que a representação da saúde e da doença se esquematiza numa dupla oposição: indivíduo e sociedade, saúde e doença.

A terceira hipótese remete a causa da doença mental à perspectiva organicista. Nela, aspectos orgânicos são representados como herança familiar. Apesar dos agricultores não terem usado o termo loucura hereditária, fizeram referências à presença de diversos loucos numa mesma família, indicando a ideia de doença adquirida através de hereditariedade. A loucura herdada é considerada difícil de tratar, porque é representada como “doença verdadeiramente grave”, por vir com a pessoa desde o nascimento.

Apesar da captação das três hipóteses representadas como possibilidades explicativas para o enlouquecimento, observamos que a explicação metafísica-espiritual é preponderante em relação às outras (existencial e organicista). Na busca de justificativas para tal fenômeno, levantamos algumas suposições, na tentativa de aproximar uma resposta.

Segundo Moscovici (1978), uma das funções das RS é tornar o não familiar, familiar. Baseados nisso, perguntamos: em relação à loucura, o que é o não familiar para os nossos interlocutores? Na nossa interpretação, o não familiar é a explicação das causas da loucura. Vimos que os sintomas são facilmente reconhecidos, mas a origem, a causa da loucura, não.

Para responder a essa pergunta, defendemos que o saber sobre as causas da loucura não migrou, com facilidade, dos universos reificados para os consensuais, em função do domínio do componente espiritual na composição das RS sobre a loucura. Isso nos faz pensar sobre a dificuldade de acesso às informações e o predomínio das

ideologias religiosas, como fenômenos que afetam a elaboração das RS sobre a loucura, garantindo-lhe a hegemonia do componente espiritual no meio pesquisado, pois os agricultores no Cariri paraibano compartilham valores menos globalizados.

Tal compreensão nos lançou a buscar, na TRS, subsídios para essa predominância. Constatamos, de acordo com Moscovici (1988), que as representações hegemônicas perpassam as religiões, os mitos e os grupos monolíticos. Moscovici (1978) afirma que as RS, apesar de modificáveis, flutuantes, passíveis de ser constantemente transformadas no cotidiano, apresentam, também, aspectos permanentes e mais duradouros. Guareschi (2000) afirma que as RS, ainda que não sejam estáticas, possuem em seus subterrâneos lastros duradouros e mais permanentes.

Os posicionamentos de Moscovici e Guareschi nos levam a concluir que o componente consensual das RS da loucura é o lastro duradouro, no qual se apoiam os outros elementos desta RS, o que garante a este componente a hegemonia sobre os demais. Outra possibilidade de explicação pode estar associada ao caráter incurável da loucura. Sendo a loucura um fenômeno para o qual não se encontrou a cura, mesmo que se considerem todos os avanços, tanto da medicina psiquiátrica, quanto das outras ciências.

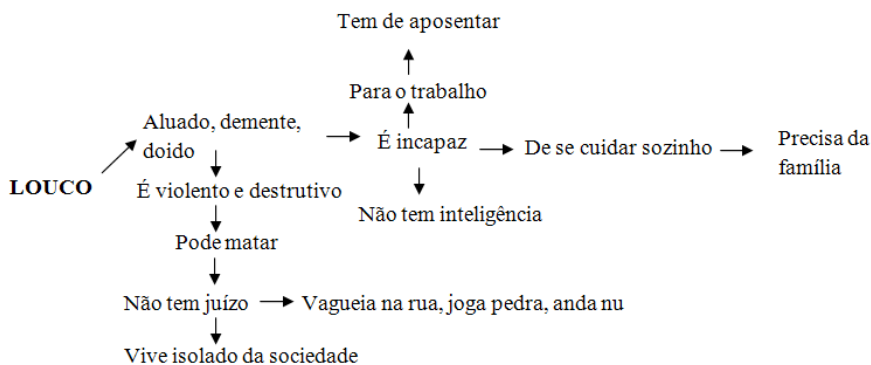
Ainda outra possibilidade explicativa reflete a evidência do caráter ambíguo da formação das RS. Morant e Rose (1998) argumentam que as RS da loucura são elaboradas num contexto de ambiguidade. Esta ambiguidade atinge não apenas a formação de RS dos grupos consensuais, mas também a elaboração de RS nos universos reificados.

REPRESENTAÇÕES DO LOUCO

A taxonomia usada para o doente mental é louco, doido, aluado, demente. As RS do louco são variadas (ver Figura 3). Em meio a estas, destaca-se a representação de incapaz. Os nossos interlocutores descreveram o louco de forma muito próxima à descrição do retardamento mental descrita pela nosografia médica. De acordo com o DSM III-R (1989), o retardado mental é uma pessoa incapaz, com poucas condições para desenvolver a sua sociabilidade, sendo

privado da convivência nos grupos e com pouco ou nenhum recurso para cuidar de si, sozinho.

Figura 3 – Árvore de associação: representações do louco



Fonte: Dados da pesquisa.

Essa incapacidade para o trabalho é também um indicador diagnóstico da loucura. Os agricultores relatam que, antes de enlouquecer, o indivíduo é capaz de trabalhar, e depois perde essa capacidade, passando a não ter mais objetivos para o trabalho, e para ganhar dinheiro. O louco é incapaz de responder pelos seus atos, pois tudo o que faz é por inocência, porque é considerado criança que não tem noção do que faz, mesmo em face dos atos criminosos, como matar alguém da família.

O louco é também representado como violento. Dezenove dos vinte agricultores entrevistados representam o louco como perigoso e violento e capaz até de matar. A propósito da RS do louco como perigoso, Morant e Rose (1998) mostraram que a loucura é representada como uma forma de alteridade psicossocial que é tipicamente considerada como perigosa, ameaçadora ou bizarra. Apesar da falta de dados comprovadores dessas representações, as associações entre louco e as práticas violentas que incluem o perigo e o risco, parecem estar crescendo, e, com base nessas representações, as políticas públicas para o tratamento do doente mental reforçam as práticas de segregação do doente.

Num estudo de Perrusi (1995) sobre as RS da doença mental na psiquiatria, foi identificado, entre os psiquiatras, RS do louco baseadas em preconceitos quanto a sua capacidade, tanto potencial quanto prática, para desenvolver comportamentos altamente agressivos, como matar, por exemplo. Segundo Perrusi, estas RS foram elaboradas em função da substituição do discurso médico-científico pelo do senso comum, o qual se fundamenta num estilo concreto.

A comparação entre o nosso estudo, realizado no Cariri paraibano, ao de Perrusi, realizado em Pernambuco, e ao de Morant e Rose, realizado na Inglaterra e França, quanto às RS do louco, permite-nos verificar que ele é marcadamente representado como violento e perigoso. Essas RS perpassam os universos consensuais e reificados (uma vez que estes estudos tiveram como participantes agricultores, psiquiatras, profissionais da saúde mental em geral, e, finalmente, a mídia), e pertencem a um campo representacional intercultural.

Além de incapaz e violento, o louco é também representado como destrutivo e como incapaz de valorizar as coisas materiais, podendo até rasgar dinheiro. Ser capaz de destruir os bens materiais é também um traço identificador do louco. Para outros agricultores, não é possível considerar que uma pessoa que tenha tal atitude possa ter um pensamento normal. Consideram, portanto, uma atitude totalmente irracional e, por isso, determinante para diagnosticar o louco.

O louco é também descrito como aquele que não tem objetivo e nem rumo na vida, que joga pedra, corre atrás das pessoas para amedrontá-las, ri à toa, fala sozinho, diz coisas desconexas, delira. O louco leva uma vida isolada da sociedade, por mais que esteja no meio dela. Algumas vezes, o isolamento é concreto e promovido pela própria família. Outras vezes, ele está “livre”, anda e conversa na rua, no entanto, é segregado pelas diversas condições que lhe são impostas. Lançando um olhar ao passado, encontramos, nessa segregação, uma semelhança com o que se registra na história da loucura desde a Era Clássica, em que práticas de extrema segregação, punições violentas, como prisões ou deportações foram usadas

sem nenhuma culpa, conforme discutido na parte teórica desse artigo.

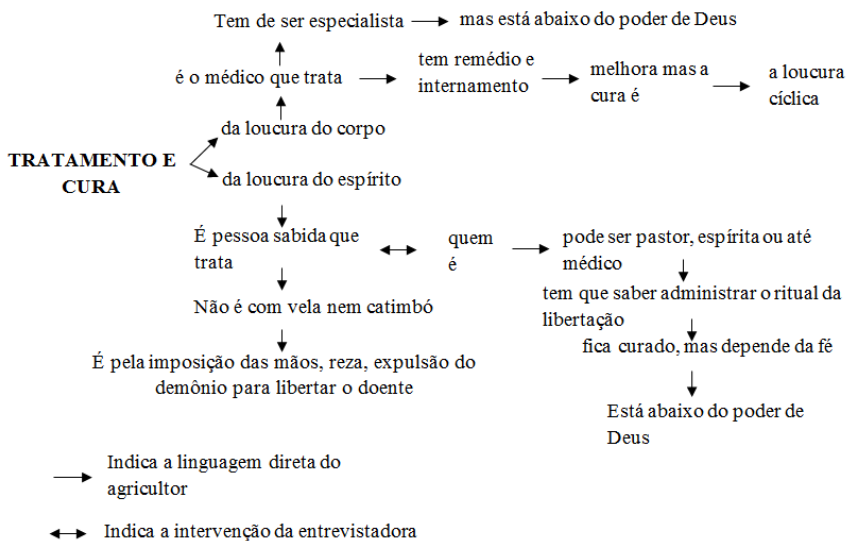
Finalmente, entre as representações do louco, não há quase nenhuma associação positiva à sua pessoa e nem às suas produções. Dessa forma, o louco continua hoje sendo representado, em nível das populações aqui indicadas, de forma esvaziada de qualquer tipo de produção merecedora de atenção positiva, que se pudesse relacionar à sua capacidade criadora e inteligente.

TRATAMENTO E CURA DA LOUCURA

Os atores relatam que o tratamento da loucura do corpo deve ser feito pelo médico, através de seu conhecimento científico. O médico é representado como aquele que tem o poder do saber sobre a doença e a saúde, e é reconhecido, formalmente, pelas instituições e pela sociedade, para gerir o tratamento — a administração dos medicamentos e o internamento. Mas não é qualquer médico e nem em qualquer centro de saúde, que o tratamento da loucura pode ser realizado com êxito. É preciso que o médico seja um especialista, e que esteja num hospital bem desenvolvido, em termos de recursos tecnológicos (veja Figura 4).

Para eles, a loucura “de verdade”, a do corpo, não tem cura; por isso, o tratamento através do uso de medicamentos tem função de controlar e minimizar os sintomas da doença, mas não de curar. Os “remédios do mato” e as ervas medicinais também não curam a loucura do corpo. Queiroz (1991) também encontrou resultado semelhante em seu estudo acerca das RS sobre saúde e doença, indicando que o medicamento industrializado goza de grande prestígio entre as camadas sociais trabalhadoras, embora seja ineficaz no tratamento de algumas doenças crônicas, sobretudo o problema psiquiátrico em geral. Quanto à cura total, os agricultores a consideram como descartável, pois a loucura tem caráter cíclico. Pode ser controlada com os tratamentos, mas as crises podem voltar, mediante novas dificuldades do doente para lidar com fatos importantes de sua vida social.

Figura 4 – Árvore de associação: tratamento e cura



Fonte: Dados da pesquisa.

Quanto à loucura do espírito, não é entendida como doença, embora os seus sintomas sejam descritos de forma semelhante aos da loucura material, que é representada como “de verdade”. Esse tipo deve ser tratado apenas por pessoa sabida que é representada como aquela que tem o poder do saber popular sobre saúde e doença. O seu saber foi construído no senso comum e é reconhecido socialmente como eficaz. As formas de tratamento reúnem práticas místicas, como: rezas e expulsão dos maus espíritos, usos de plantas medicinais, “imposição das mãos”, e ainda, administração de simpatias. Perguntados acerca de quem poderia ser considerada pessoa sabida, os atores responderam que ela poderia ser um pastor, um espírita ou até um médico, bastava que tivesse um saber espiritual que garantisse a administração do ritual de libertação. O médico que não seja sabido não é capaz de tratar o louco do espírito.

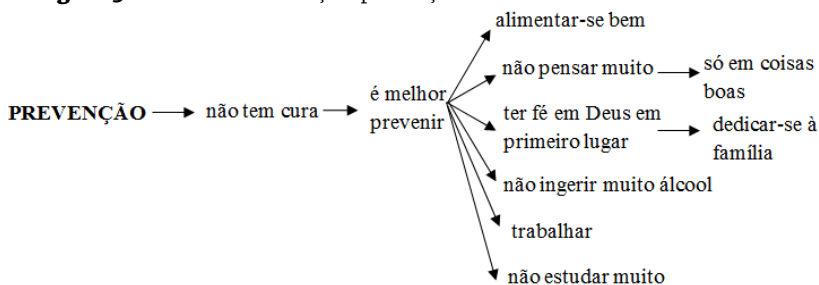
Dentre as possibilidades de tratamentos para a loucura espiritual, destacamos a fé em Deus. Os agricultores admitem que os medicamentos, embora não tendo o poder de cura, minimizam os

sintomas da loucura. Sem embargo, atrelam os seus efeitos à ação divina. Para eles, é Deus quem mostra o bom médico e ainda abençoa o remédio para que este faça o efeito esperado. Assim, o poder divino é representado como acima de todos os tratamentos e saberes dos universos reificados e consensuais.

PREVENÇÃO DA LOUCURA

Em função da RS da loucura como incurável, os nossos interlocutores apontam a prevenção como alternativa viável para a manutenção da saúde mental (ver Figura 5). Dão ênfase a algumas atitudes que podem prevenir o desenvolvimento do problema. O que é apontado em primeiro lugar é a manutenção da fé em Deus. Tudo acontece pelos seus desígnios, portanto não há cura ou melhora sem que haja fé. Outras formas de prevenção são apontadas, como, por exemplo, não ingerir muita bebida alcoólica, pois o excesso de consumo de álcool também faz enlouquecer.

Figura 5 – Árvore de associação: prevenção da loucura



Fonte: Dados da pesquisa.

Trabalhar foi, também, representado como alternativa para a prevenção da loucura, considerando que o trabalho foi, de maneira recorrente, mencionado como fator de promoção da saúde, visto que garante a boa ocupação da mente, impedindo a pessoa de pensar “besteiras” e, ainda, garante a possibilidade de ganhar dinheiro. Dedicar-se à família também foi apontado como atitude preventiva. Os agricultores argumentaram que a boa estrutura familiar é capaz

de auxiliar a pessoa a enfrentar os problemas do cotidiano, pois funciona como suporte emocional para a resolução das dificuldades originárias desse cotidiano. E, finalmente, não estudar muito.

CONCLUSÕES

Vimos, nas populações pesquisadas, que as RS sobre a loucura são elaboradas a partir de ideias metafísicas — a loucura é espiritual, e de ideias pertencentes ao universo reificado — a loucura é do corpo, delineando a formação das RS num processo intercambiável entre os universos reificados e consensuais. Apesar do intercâmbio, há um forte predomínio das ideias metafísicas sobre as científicas, na composição das RS da loucura, tanto na explicação da origem, quanto de sua prevenção, tratamento e cura, permitindo conferir-lhe a condição de representação hegemônica nos meios estudados. Marcando, dessa forma, a diferença entre os discursos da literatura, em que a ênfase é dada na superação do discurso metafísico, e os nossos resultados, em que a ênfase para a origem, prevenção, tratamento e cura da loucura permanece guiada pelo discurso metafísico.

Assim, além de consideradas hegemônicas nos meios estudados, as RS da loucura são também consideradas duradouras, pois, a partir dos resultados aqui demonstrados, o componente espiritual dessa RS é encontrado nos discursos sobre a loucura desde épocas muito remotas.

Com base na premissa de terem as RS, como função, guiar as condutas grupais acerca dos objetos, vimos, neste trabalho, RS induzindo as práticas de saúde, que se guiam, sobretudo, pela busca de alternativas para compreensão e tratamento da loucura nos universos consensuais. Essas práticas são guiadas pela certeza de que todas as alternativas de busca da saúde estão submetidas ao julgamento divino, a quem cabe decidir sobre o merecimento individual de quem terá ou não saúde. Diante de tais constatações, deduzimos que esta forma de representar a loucura reflete uma forma consensual de explicação e tratamento. E funciona como um contrapon-to, uma espécie de teoria popular, em relação à compreensão e ao tratamento advindo dos universos reificados. Marcando, então, a relação de descontinuidade entre aquilo que diz a literatura e os

resultados de nosso trabalho.

Dessa forma, se a representação da loucura é um processo administrado por Deus e distribuído de acordo com o critério de julgamento ter ou não ter fé, então o saber da ciência seria permanentemente impotente para promover a cura. A partir dessa constatação, inferimos que essa forma de representar a compreensão e o tratamento da loucura favorece a manutenção da já comentada dificuldade da circulação (nos universos consensuais) das informações produzidas nos campos eruditos de saber, responsáveis pelo estudo e tratamento da saúde-doença mental.

Um aspecto importante a destacar nos estudos de RS, e mais especificamente no presente estudo, diz respeito ao fato de que uma RS afeta o registro de vários outros elementos possuidores de importância na elaboração dos sistemas de significação dos grupos. Isso implica em que, estudando uma RS, será possível ter uma compreensão da vida social em seu funcionamento mais amplo. Vimos que estudando as RS da loucura, perpassamos outros domínios de crenças, estereótipos, atitudes, que nos revelaram outros campos através dos quais os atores sociais se mobilizam em suas práticas. Analisando esse objeto, vimos como os grupos estudados lidam com a fé e a prática religiosa; como empreendem a noção de saúde-doença; qual o valor que dão à alimentação na concretização da saúde, ou no âmbito das medidas de promoção da saúde; e qual o valor do trabalho na articulação da saúde mental.

Para finalizar, aproveitamos para acentuar que este trabalho levanta questões, cuja impossibilidade de aprofundamento, no âmbito desse estudo, aponta para a necessidade de novas produções que permitam a continuidade das investigações desse relevante objeto de pesquisa. Citamos, como exemplo, o tema loucura e ideologia, ressaltando a circulação da ideologia religiosa na elaboração das RS sobre a loucura; o campo dos preconceitos em relação aos profissionais de saúde mental; a comparação entre RS da loucura em diferentes culturas; o processo de objetivação e ancoragem da loucura; e muitos outros que poderiam fazer parte de uma lista não exaustiva.

É imprescindível fazer migrar as informações produzidas na

academia, para os setores competentes, articulando-se os resultados das pesquisas às políticas públicas, dando vida prática e útil às teorias produzidas na academia.

REFERÊNCIAS

ABRIC, J. C. A abordagem estrutural das representações sociais. In: MOREIRA, A. S. P.; OLIVEIRA, D. C. (Orgs.). **Estudos interdisciplinares de representações sociais**. Goiânia: AB Editora, 1998. p. 27 – 38.

ALVES, M. D. S. **Mulher e saúde. Representações sociais no ciclo vital**. Fortaleza: Fundação Cearense de Pesquisa e Cultura, 1997.

ARRUDA, A. M. S. A representação social da saúde num bairro de baixa renda de Campina Grande, Paraíba. **Revista Psicologia**, v.3, n.1, p.49-61, 1985.

BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. Lisboa: Edição 70, 1977.

BOLTANSKY, L. **As classes sociais e o corpo**. Rio de Janeiro: Graal, 1989.

CHIZZOTTI, A. **Pesquisa em ciências humanas e sociais**. São Paulo: Cortez, 1998.

DSM-III-R. **Manual de diagnóstico e estatística de distúrbios mentais**. American Psychiatric Association, São Paulo: Monole, 1989.

ENRIQUEZ, E. Da formação e da intervenção psicossociológicas. In: LÉVY, A. et al. (Orgs.). **Psicossociologia: análise social e intervenção**. Petrópolis: Vozes, 1994. p. 199-222.

FOUCAULT, M. **História da loucura na idade clássica**. São Paulo: Editora Perspectiva, 1978.

GUARESCHI, P. Representações e ideologia. **Revista de Ciências**, v. 1, n.1. p.33-46, 2000.

GUARESCHI, P. Representações sociais: alguns comentários oportunos. In: NASCIMENTO-SCHULZE, C. (Org.). **Novas contribuições para a teorização e pesquisa em representação social**. Florianópolis: Coletânea da ANPEPP, v.1, n.10, 1996. p.9-35.

HERZLICH, C. Représentations sociales de la santé et la maladie et leur dynamic dans le champ social. In: DOISE, W.; PALMONARI, A. (Orgs.). **L'étude des représentations sociales**. Paris: Delachoux et Niestlé, 1986. p.157-170.

HERZLICH, C. **Santé et maladie: analyse d'une représentation sociale**. Paris: Editions EHESS, 1996.

JODELET, D. Representation sociale: phénomènes, concept et théorie. In: MOSCOVICI, S. (Org.). **Psychologie sociale**. Paris: Puf, 1988. p. 358-378.

MORANT, N.; ROSE, D. Loucura, multiplicidade e alteridade. In: ARRUDA, A. (Org.). **Representando a alteridade**. Petrópolis: Vozes, 1998. p. 129-148.

MOREIRA, A. S. P.; OLIVEIRA, D. C. Apresentação. In: MOREIRA, A. S. P.; OLIVEIRA, D. C. (Org.). **Estudos interdisciplinares de representações sociais**. Goiânia: AB, 1998. p.11-13.

MOSCOVICI, S. **A representação social da psicanálise**. Rio de Janeiro: Zahar, 1978.

MOSCOVICI, S. Notes towards a description of social representations. **European Journal of Social Psychology**, v.18, n. 3, p.211-250, 1988.

PERRUSI, A. **Imagens da loucura: representação social da**

doença mental na psiquiatria. Recife: Cortez Editora - Editora Universitária (UFPE), 1995.

PORTER, R. **Uma história social da loucura.** Rio de Janeiro: Zahar, 1991.

QUEIROZ, M. S. **Representações sobre saúde e doença: agentes de cura e pacientes no contexto do SUDS.** Campinas: Unicamp, 1991.

SÁ, C. P. Representações sociais: O conceito e o estado atual da teoria. In: SPINK, M. J. (Org.) **O conhecimento no cotidiano: as representações sociais na perspectiva da psicologia social.** São Paulo: Brasiliense, 1995. p. 19-45.

SÁ, C. P. **A construção do objetivo de pesquisa em representações sociais.** Rio de Janeiro: EDUERJ, 1998a.

SÁ, C. P. Prefácio. In: MOREIRA, A. S. P.; OLIVEIRA, D. C. (Orgs.). **Estudos interdisciplinares de representações sociais.** Goiânia: AB, 1998b. p. 05 – 09.

SILVA, A. V. **A história da loucura: em busca da saúde mental.** Rio de Janeiro: Edições de Ouro, 1979.

SOUTO, M. E. M.; ARAÚJO, L. A. B. G. **Saúde/doença e alimentação: um estudo sobre as representações sociais construídas pelas mulheres da comunidade do Pedregal.** 2000. 45f Relatório Final de Pesquisa, PIBIC/CNPq/UEPB, Campina Grande.

SPINK, M. J. O estudo empírico das representações sociais: o conhecimento no cotidiano. In: SPINK, M. J. (Org.). **As representações sociais na perspectiva da psicologia social.** São Paulo: Brasiliense, 1995. p. 85-108.

SPINK, M. J.; LIMA, H. Rigor e visibilidade: a explicação dos passos

da interpretação. In: SPINK, M. J. (Org.). **Práticas discursivas e produção de sentidos no cotidiano. Aproximações teóricas e metodológicas**. São Paulo: Cortez, 1999. p.17-39.

TFOUNI, L. V. Escrita, alfabetização e letramento. **Cadernos Cevec**, v. 4, n. 19, p. 18-24, 1988.

THIOLLENT, M. J. L. **Crítica metodológica, investigação social e enquete operária**. São Paulo: Polis, 1982.

CAPÍTULO 8

SAÚDE MENTAL: UM ESTUDO SOBRE REPRESENTAÇÕES SOCIAIS NA ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA DE BOQUEIRÃO – PB

*Ana Lúcia Camêlo Trovão
Thelma Maria Grisi Velôso*

INTRODUÇÃO

Neste capítulo, propomo-nos a refletir sobre parte dos resultados obtidos através de uma pesquisa desenvolvida para a elaboração da Dissertação de Mestrado em Saúde Coletiva (Universidade Estadual da Paraíba – UEPB). Essa pesquisa teve como objetivo geral analisar as representações sociais sobre saúde mental, elaboradas pelos profissionais da Estratégia de Saúde da Família (ESF)¹³ do Município de Boqueirão – PB (TROVÃO, 2003).

Nesse momento, é *mister* reorientar a saúde mental em nosso país e deslocá-la de uma prática eminentemente hospitalar para uma prática em serviços comunitários de saúde. Sabe-se que o Movimento de Reforma Psiquiátrica não é novo, pois começou, em nível internacional, desde o final da Segunda Guerra Mundial. Várias são as experiências¹⁴ que podem ser enumeradas, que tentaram

13 O PSF (Programa de Saúde da Família) mudou a nomenclatura para ESF (Estratégia de Saúde da Família), através da Portaria nº 648/GM, de 28 de março 2006.

14 Para mais detalhes, consulte Desviat (1999); Kantorski (2001).

modificar a prática manicomial, por se entender que essa não seria a melhor forma de tratamento para os sujeitos com transtornos psíquicos.

A saúde mental, como objeto da Psiquiatria, surgiu a partir da superação das práticas asilares e da introdução da Psiquiatria no espaço público, com a proposição da Psiquiatria comunitária ou preventiva, nos EUA, e com a emergência da antipsiquiatria, baseada, principalmente, nas experiências realizadas com fundamento nos estudos de Basaglia, na Itália. Tais experiências questionavam “o próprio dispositivo médico-psiquiátrico e as instituições e os dispositivos terapêuticos a ele relacionados” (AMARANTE, 1995a, p. 29).

A nova legislação brasileira – Lei Federal nº 10.216/2001 – garante os direitos e a proteção às pessoas acometidas de transtornos mentais, sem qualquer forma de discriminação, e assegura, entre outras coisas, o acesso ao tratamento humano e respeitoso, preferencialmente, em serviços comunitários de saúde mental, deslocando-se o foco da assistência hospitalocêntrica, dentro dos manicômios, para a Atenção Básica em Saúde. A Atenção Básica em Saúde consiste, de acordo com especificações do Ministério da Saúde, no conjunto de ações individuais ou coletivas direcionadas à promoção, à prevenção dos agravos, ao tratamento e à reabilitação, com vistas melhorar a qualidade de vida e do meio ambiente, consonantes com os princípios do Sistema Único de Saúde (SUS). Destaca-se, especialmente, para o campo da saúde mental, o princípio da integralidade, que trata da garantia de atenção integral aos sujeitos (BRASIL, 2003).

A esse respeito, Camuri e Dimenstein (2009) compreendem a Estratégia de Saúde da Família (ESF) como aquela que comporta a noção de integralidade do cuidado, na qual estão inclusos o indivíduo, sua família e o seu território. Destacam, ainda, a importância do diálogo com as políticas de Atenção Básica, sobretudo com a ESF, na medida em que se acredita que ela pode se efetivar como potencializadora da Reforma Psiquiátrica no Brasil.

Brito et. al. (2009) corroboram essa ideia ressaltando que a Atenção Básica é um espaço privilegiado para se promoverem

intervenções nesse campo, em função da diversidade de demandas que chegam às unidades básicas de saúde e devido à criação de vínculos entre o usuário e a comunidade onde vive, podendo estabelecer-se como estratégia de transformação do modelo hospitalar. É digno de nota, então, destacar a importância da ESF quanto à possibilidade da constituição de uma rede de saúde que possa encarar os desafios sociais e econômicos enfrentados pelas populações por essas atendidas. Não podemos reduzir as questões da saúde às “meras medidas de desospitalização, sem a necessária construção de uma nova rede de serviços e cuidados” (AMARANTE, 1995b, p. 493).

Desviat (1999), falando acerca das dificuldades e dos erros da Reforma Psiquiátrica norte-americana, alerta-nos para o fato de que a razão do fracasso da desinstitucionalização tem como foco principal a desarticulação entre o seu sistema sanitário e de assistência social. Acrescenta, ainda, que, para se ter um modelo de assistência comunitário, exige-se, entre outros fatores, a universalização dos serviços. Portanto, não há como se construir um sistema de saúde sem parceiros que respondam pelos aspectos econômicos e sociais eficientes e sem a integralidade dos serviços - no cuidado com as pessoas, com os grupos e com a coletividade - “percebendo o usuário como sujeito histórico, social e político, articulado ao seu contexto familiar, ao meio ambiente e à sociedade na qual se insere” (MACHADO et al., 2007, p.336).

Dimenstein (2011, p.285), em seu dossiê, no qual reúne experiências do campo da saúde mental de diversos países, considera seis pontos em que todos aqueles interessados nessa causa devem se debruçar para que se possa garantir a sustentabilidade do processo de reabilitação psicossocial. Entre eles, estão exatamente as “ações intersetoriais de reabilitação e inclusão social (geração de renda e garantia de direitos)”. Nessa perspectiva, cabe à Estratégia de Saúde da Família reorganizar e implementar os serviços de atenção básica nos sistemas municipais de saúde e trabalhar com os agravos da saúde junto com a população adscrita a cada Unidade de Saúde da Família, em seus aspectos físicos, psíquicos e sociais. Há espaço, portanto, para a implementação de ações no campo da

saúde mental. Contudo, apesar de todo o processo de transformação no campo da saúde mental ter estimulado discussões entre profissionais da área, como psicólogos, psiquiatras entre outros, pudemos registrar, na experiência como psicóloga, no município de Boqueirão, resistências por parte dos profissionais da ESF para lidarem com a questão da saúde mental.

Essas resistências foram percebidas a partir de observações realizadas nas unidades de saúde daquele município, devido à ausência de registros de pessoas com transtornos mentais na maioria das unidades de saúde – o que nos surpreendeu, pelo fato de que uma das primeiras atividades a serem realizadas por esse programa é exatamente a adscrição de todos os agravos de saúde da população vinculada a cada Unidade Básica de Saúde da Família (UBSF). Nesse caso, porém, não encontramos registros de pessoas com transtornos mentais, embora os profissionais da ESF receitassem, via familiares, medicações psicotrópicas.

Assim, surgiu o desejo de expressar um pouco da experiência e da indignação, como profissional de Psicologia que trabalha em um serviço de saúde, onde morreu uma pessoa com transtorno mental de uma provável parada cardíaca, sem ter recebido nenhum atendimento médico, apesar de o município ser contemplado com cobertura da ESF, naquela área em que ele residia.

Naquele momento, começamos a nos interrogar: por que aquela pessoa morreu sem nenhum atendimento, sem nenhuma visita da equipe da ESF, já que esse é responsável pela população existente numa dada comunidade? Jota, como o denominamos neste trabalho, 48 anos, era portador de transtornos mentais. Vivía trancado no quarto, sem receber visitas, há alguns anos. O quarto ficava no fundo do quintal da sua casa e, apesar de não receber visitas, tivemos a oportunidade de escutá-lo. Do lado de dentro da sua “caverna”, conversava conosco, sem sequer abrir a porta. Entretanto, nunca fez menção de nos agredir, embora a sua família afirmasse que ele era bravo. Falava pouco e baixo, mas, quando estava menos sonolento, falava de si e dos seus delírios, razão pela qual não saía do quarto. Foi nesse período em que acreditávamos poder ajudá-lo a sair do seu isolamento que ele morreu. Diante desse fato, foi se

consolidando dentro de nós a necessidade de desenvolver um trabalho mais amplo, no âmbito da saúde mental, no sistema de saúde do município de Boqueirão, ao qual uma das autoras deste texto estava vinculada como psicóloga.

Em seguida, elaboramos uma proposta de trabalho na área de saúde mental e buscamos parceria com a ESF. Porém os profissionais alegaram falta de tempo para desenvolver mais um programa, justificando-se pela quantidade de programas que têm que executar; pela burocratização do sistema e pela exigência do cumprimento de metas, o que acarreta uma sobrecarga de trabalho. Além disso, alegaram, via de regra, falta de capacitação para esse tipo de atividade.

Corroborando a nossa experiência, encontramos alguns estudos que mostravam que a inserção da saúde mental, no trabalho de atenção básica, encontra fortes resistências para ser implementada. O que os autores denominam de resistência é justificado como aumento de volume de trabalho e medo de lidar com esse tipo de usuário (CASÉ, 2000; GONÇALVES, 2000; CABRAL et al., 2000; PINTO, 2002).

Consideramos, então, relevante conhecer e analisar as representações sociais acerca da saúde mental elaboradas pelos profissionais da Estratégia de Saúde da Família (ESF) do Município de Boqueirão - PB - verificar as possíveis formas de intervenção na área de saúde mental, vislumbradas por esses profissionais, e as prováveis resistências para realizarem um trabalho em saúde mental.

Realizamos esta pesquisa com o propósito de entender a razão da dificuldade de atenderem a pessoas com algum tipo de sofrimento psíquico, especialmente aqueles mais graves - dificuldade de, pelo menos, escutá-las. Cabe ressaltar que, ao voltarmos, recentemente, a prestar trabalho, naquele município, constatamos que não existem grupos de saúde mental em toda a rede de atenção básica, e, além do mais, os referidos profissionais ainda têm dificuldades em acolher pessoas que apresentam algum tipo de transtorno mental, encaminhando-as sempre para o CAPS.

Por isso, acreditamos que podemos contribuir com esta pesquisa para compreender as “resistências” apresentadas por profissionais

da área de saúde, visando ajudar a minimizar as distorções e os preconceitos em relação aos sujeitos com sofrimento psíquico e tentar refletir sobre as possibilidades das novas práticas de saúde mental.

A pesquisa supracitada tomou por base a Teoria das Representações Sociais (TRS). Essa opção se pauta na concordância com o pensamento de Wagner (1998, p.11), para quem “[...] o conhecimento que as pessoas têm do seu universo é o resultado de processos discursivos e, portanto, socialmente construídos”. As representações sociais são construções efetivadas através da comunicação, da discussão, das experiências e das informações que recebemos ou transmitimos através de nossas crenças, valores e tradições dos grupos a que pertencemos, constituindo, assim, o conhecimento de uma realidade coletiva. As representações são uma modalidade de conhecimento que orienta os sentimentos e as ações dos indivíduos.

A TRS tem seu marco inicial com o trabalho de Serge Moscovici. Para esse autor, as representações sociais:

São conjuntos dinâmicos, seu status é o de uma produção de comportamentos e de relações com o meio ambiente, de uma ação que modifica aquelas e essas e não de uma reprodução desses comportamentos ou dessas relações, de uma reação a um dado estímulo exterior (MOSCOVICI, 1978, p.50).

Ao representar os objetos sociais, os atores sociais lançam mão de suas cognições, dos afetos, de suas vivências e dos seus pertences, destacando ou eliminando conteúdos acerca desses objetos, visando criar um novo saber, que irá servir de molde para as novas relações (MACIEL, 2011).

METODOLOGIA

A Estratégia de Saúde da Família (ESF) do Município de Boqueirão – PB era constituída, na época da pesquisa, por seis equipes de Saúde da Família, totalizando sessenta e quatro profissionais, assim distribuídos: seis médicos, sete enfermeiras, três dentistas, seis

auxiliares de Enfermagem, três atendentes de consultório dentário e trinta e nove agentes comunitários de saúde.

O universo da pesquisa, então, foi constituído por um grupo heterogêneo composto por vinte e seis participantes: três médicos; cinco enfermeiras; duas cirurgiãs-dentistas; duas auxiliares em saúde bucal; três auxiliares de Enfermagem e onze agentes comunitários de saúde, da zona rural e urbana, do município de Boqueirão, totalizando cinco homens e vinte e uma mulheres, com idades que variavam entre 19 e 67 anos, e com graus de instrução que compreendiam desde o ensino fundamental incompleto até a pós-graduação *latu sensu*. A escolha do grupo participante desta pesquisa baseou-se no critério de acessibilidade, isto é, na disponibilidade e receptividade demonstrada em participar da pesquisa.

Optamos por realizar uma pesquisa qualitativa e, como técnica de pesquisa, a entrevista semiestruturada. A entrevista caracteriza-se, segundo Cruz Neto (1995), como uma técnica de comunicação verbal, que reforça o significado da fala e serve como meio de coleta de informações sobre um tema científico, através do qual obtemos dados objetivos e subjetivos. As entrevistas, de forma geral, podem ser estruturadas e não estruturadas, dependendo do fato de serem mais ou menos dirigidas. Para as entrevistas não estruturadas, o informante fala livremente sobre o tema em questão. Para as estruturadas, propõem-se perguntas previamente formuladas. Todavia, existem formas de entrevistas que articulam os dois tipos – são as entrevistas semiestruturadas.

A maioria dos profissionais foi abordada em seu local de trabalho, com exceção de uma entrevista que foi realizada na residência da entrevistada e de outras quatro, no espaço de trabalho da pesquisadora naquele município. O local da entrevista foi decidido a partir de um acordo entre a pesquisadora e o entrevistado, de forma que se escolhesse um local mais conveniente para os participantes da pesquisa.

A realização das entrevistas foi orientada por um roteiro que não era seguido rigorosamente – as questões variavam de acordo com a dinâmica da entrevista. As entrevistas foram gravadas e transcritas na íntegra.

Por se tratar de uma pesquisa qualitativa, não foi utilizado o requisito amostral, e a quantidade de entrevistas foi determinada pelo critério do ponto de saturação. Como afirmam Lang, Campos e Demartini (2010), a pesquisa não se esgota na gravação, na transcrição nem no arquivamento das entrevistas, e o documento gerado a partir dessas entrevistas não fala por si só, precisa ser interpretado e analisado. A análise permeia todo o processo da coleta de dados, levando às possíveis modificações e explicitações da proposta inicial, sinalizando o momento de encerrar as entrevistas.

Quando os temas e/ou argumentos começam a se repetir nas entrevistas, pouco ajuda entrevistar uma quantidade maior de sujeitos. Deve-se parar, depois da realização de mais algumas entrevistas, pois foi atingido o ponto de saturação (SÁ, 1998). Isso acontece quando “já se dispõe de informações suficientes sobre determinado aspecto” (BERTAUX, 1980 apud LANG; CAMPOS; DEMARTINI, 2010, p.13).

Com o objetivo de manter o anonimato dos entrevistados, optamos por atribuir um número na ordem de realização de cada entrevista. Portanto, quando, neste texto, citarmos trechos das entrevistas, as falas aparecerão codificadas com a letra **E**, seguida de um número que corresponde à ordem de realização das entrevistas, e uma sigla correspondente a cada categoria profissional, acrescida do sexo do entrevistado: M, para mulher, e H, para homem. Como por exemplo, (E1 – MED – M), que significa: entrevistado número 1, categoria profissional médico, mulher¹⁵. Ressaltamos, também, que a análise das entrevistas foi orientada pela técnica de análise de conteúdo e que optamos pela técnica de análise temática proposta por Bardin (1977).

A seguir, trataremos das representações sociais elaboradas pelos profissionais entrevistados. O texto será sistematizado em função das representações sociais elaboradas sobre saúde mental, sobre doença mental (incluindo as causas da doença mental; os

15 As siglas correspondentes às categorias profissionais são as seguintes: MED – Médico; ENF – Enfermeira; AE – Auxiliar de Enfermagem; ACS – Agente Comunitário de Saúde; CD – Cirurgião-dentista; ASB – Auxiliar em Saúde Bucal.

sentimentos em relação aos doentes mentais; a possibilidade de a doença mental ser evitada e as formas de tratamento) e sobre a organização de um trabalho em saúde mental vinculado à ESF.

REPRESENTAÇÕES SOCIAIS SOBRE SAÚDE MENTAL

Em algumas entrevistas, a saúde mental foi representada como padrões de normalidade: saber se orientar; ter autocontrole; ser uma pessoa equilibrada, como podemos observar nos trechos que seguem:

Saúde mental... é o indivíduo estar bem psiquicamente, consigo mesmo com a comunidade onde ele vive, estar dentro dos parâmetros de normalidade conhecidos (E7 – MED – H).

Saúde mental... (...) é saber se orientar, seguir uma vida, resolver seus problemas (...) é isso que eu entendo (E19 – AE – H).

Saúde mental eu acredito que é mais um controle emocional que a pessoa tem, um autocontrole. É... (...) é você ter vontade de fazer uma coisa e se controlar, não se deixar levar por impulsos, é você se controlar em situações difíceis (...). (E9 – ENF – M).

Saúde mental é uma pessoa equilibrada é... emocionalmente, tranquila, é... que aceita... saúde mental, eu acho que é isso (enfático) é uma pessoa equilibrada, equilibrada mentalmente, equilibrada (...) que tá satisfeito (pausado) com a sua realidade, que procura viver dentro das suas limitações (enfático) ter equilíbrio, não é? Enquanto que a pessoa que não tem saúde mental, nada tá bom, reclama, tá insatisfeito e... é sempre uma pessoa problemática, ao passo que a pessoa que tem saúde mental, produz, trabalha e... aceita os problemas, não é?

Para esses entrevistados, ter saúde mental significa estar de bem consigo mesmo e com a comunidade em que vive; saber se orientar, resolver seus problemas, ter autocontrole, não se levar por impulsos, estar sempre satisfeito com sua realidade, ser produtivo, trabalhador. Sugere-se a ideia de um padrão para o ser humano, aquele que é capaz de se enquadrar como normal, equilibrado; aquele que aceita as suas limitações e problemas e vive em conformidade com a realidade. Esses discursos, ao tratarem a normalidade como um padrão, remetem à lógica da normalidade, amparada pelo discurso positivista.

Como afirma Veras (2010), vivemos um novo paradigma no campo da saúde mental - o da quantificação e da normatização - que exclui os critérios subjetivos e cria um projeto ideal para o Século XXI, o do “homem normal”. Nesse sentido, o autor questiona as perspectivas atuais e futuras da saúde mental e acrescenta que, nas ciências médicas, ganha cada vez mais terreno a medicina baseada em evidências, em que não há lugar para o sujeito, em sua singularidade, poder compartilhar o que tem de incomensurável.

Ao serem perguntados sobre o que é saúde mental, alguns entrevistados se remeteram à doença mental, ao distúrbio mental e à deficiência mental, conforme ilustrado abaixo:

Saúde mental pra mim é... eu acho que até... eu acho que todo mundo tem. Eu acho que até um... (pausa) assim doente mental eu tenho como um... até como um stress, é um doente mental. Você está com... você está com doença mental. É... eu acho que num... é difícil encontrar alguém com saúde mental, que até um sistema nervoso, que você tiver, você está com doença mental. Hoje com certeza... antigamente eu pensava que era... assim como minha irmã [a irmã dela tem síndrome de down] é um louco, hoje a gente vê que é até um stress, é doença mental, quer dizer, saúde mental

hoje é difícil, né? por que quem não tem preocupação? quem não tem uma crise de nervos, um sistema nervoso? cansaço mental? apesar de ser difícil (ininteligível) quer dizer, hoje saúde mental, é raro (enfático) (E23 – ACS – M).

Saúde mental... (sorri) saúde mental... (baixo) saúde mental é... eu trabalhei com saúde mental com medicação. Bem, co... o meu conhecimento assim quando eu “tava” trabalhando, saúde mental era algo que a gente trabalhava com as pessoas que tinham algum distúrbio assim mental, [...] distúrbio mental pra mim é uma pessoa que tem algum... algum... assim problema, algum “desviosinho”, no funcionamento do cérebro, na cabeça. Ou então pode ser no corpo todo (E17 – ASB – M).

Eu acho que é um problema no cérebro. (...) É uma deficiência mental (E8 – ACS – M).

Se, de um lado, a fala de E23 não reforça a ideia de um possível “equilíbrio humano”, como as falas anteriores, pois ela diz que “saúde mental hoje é difícil”, de outro, como nas sequências discursivas acima, temos a representação de saúde mental como doença mental; crise de nervos; distúrbio mental; “desviosinho”; deficiência mental e problema no cérebro, que parecem encontrar respaldo na visão organicista, que constitui “o dogma da Psiquiatria clássica”, com sua tese de que a doença mental é entendida como o resultado de um processo orgânico, ou seja, o louco é concebido como doente mental, e a loucura, como doença. A sua origem é endógena, o que significa dizer que a causa de um estado mórbido se dá no interior do organismo, isto é, é o resultado de uma lesão anatômica ou de algum distúrbio fisiológico, uma deficiência mental – uma doença (FRAYZE, 1990). A palavra deficiência remete-nos à ideia de insuficiência, incapacidade (DICIONÁRIO AULETE, 1970), aspecto que pressupõe que o deficiente é aquele que não raciocina, que é

incapaz de pensar, tem a mente parada, “é fraco do juízo”.

Hegenberg (1998 apud AMARANTE, 2007) afirma que é comum se utilizar o termo doença para definir saúde, bem como saúde, para definir doença. O autor alerta que esse modelo científico dualista-racionalista não é suficiente para lidarmos com uma grande gama de problemas com que nos defrontamos na vida, “os buracos negros, os enigmas da vida e do universo” (HEGENBERG, 1998 apud AMARANTE, 2007, p.19). Ele refere que o campo da saúde mental é “bastante polissêmico e plural” e não pode ser categorizado nessa perspectiva dual, pois seria reduzir a existência humana e social.

Apesar de, instados ao falar sobre saúde mental, alguns entrevistados enfatizarem a questão orgânica, outros se remetem às condições sociais, como podemos observar abaixo:

Um dos agravantes, da saúde mental seria a falta de uma... de uma estrutura, a falta do bem estar, a falta de... de saúde, a falta de moradia, salário, alimentação, enfim... então isso leva a pessoa também não ter saúde mental (E18 – ENF – M).

Eu acho que saúde mental é uma parte, quer dizer, você não pode falar de saúde a uma pessoa que não tem o que comer, não pode falar de saúde mental, não pode exigir (enfático) uma plena saúde mental de quem mora aonde não tem saneamento básico, não existe, tá certo? (E1 – MED – M).

Nesses trechos, podemos observar o enfoque social dado à saúde mental. Os entrevistados apontam para a necessidade de serem observadas as condições básicas de sobrevivência, o que implica que não se pode ter saúde mental sem alimentação, moradia, salário, saneamento básico, enfim, sem uma infraestrutura que garanta a sobrevivência digna.

Revela-se, aqui, portanto, uma nova forma de encarar a saúde: a de que saúde não é ausência de doença, mas um conjunto

articulado de fatores que interferem na vida do sujeito. Esse aspecto está associado, também, à importância da intersetorialidade para a saúde. A intersetorialidade assenta-se na teoria da produção social que, por sua vez, permite romper com a setorialização da realidade, fato que, além de dar conta de um estado de saúde em constante transformação, permitindo a ruptura com a ideia de um setor saúde, erige a saúde como produto social resultante de fatores econômicos, políticos, ideológicos e cognitivos, inscrevendo-a, necessariamente, “como um campo do conhecimento, na ordem da interdisciplinaridade e, como prática social, na ordem da intersetorialidade” (MENDES, 1996, p.241).

Ainda em relação à importância dos aspectos econômicos para a saúde, Silva (1986 apud LIMA JÚNIOR, 2003) ressalta que a crise econômica surge imbricada em uma crise social e, por sua vez, determina profundas repercussões sobre a saúde em geral, de forma que não se pode falar em saúde mental sem as mínimas condições econômicas e sociais.

Vale ressaltar que essas representações foram enunciadas por médicos e enfermeiras, levando-nos a inferir que tiveram acesso às novas formas de compreender o conceito de saúde, um conceito ampliado, explicitado dentro dos princípios do SUS (BRASIL, 2007). Tiveram acesso ao discurso científico veiculado pelo arcabouço teórico do próprio programa, os chamados universos reificados do saber (UR) que, segundo Moscovici (1978), originam-se dos saberes especializados e interagem dialeticamente com os universos consensuais (UC), produzindo representações sociais em determinado grupo.

REPRESENTAÇÕES SOCIAIS SOBRE A DOENÇA MENTAL

É importante destacar que, quando perguntamos aos entrevistados sobre o que era saúde mental, eles se reportaram à doença mental. Assim, surgiu essa representação e, conseqüentemente, o que eles entendiam por doença mental. Portanto, a doença mental foi representada como a possibilidade de ser um “câncer mental”:

Doente mental é... eu acho que o doente mental é

uma pessoa que... carente, (enfático) uma pessoa que necessitava mais de apoio. [...] É difícil, eu acho que saúde mental tem tantas interrogações, né? Tem tantos porquês. “Por que?”... “Por que é da área da saúde mental?” Por que é doente mental? “O que é doente mental?” Você não tem uma definição assim, “Por que fez isso?” Por que esse indivíduo aconteceu isso com ele?”, né? Você vê que tem muita gente que tem nível superior, teve uma instrução, tem uma renda, tem uma vida própria, tem... tem tudo, mas ele... ele pode desencadear, um doente mental, assim qual... porque aconteceu isso com essa pessoa, né? Então eu acho que tem uma interrogação bem grande. “Será que isso é fisiológico? Será que é... é... é uma doença que adquire? É um câncer? É uma coisa assim?” Acho que tem várias interrogações pra gente pensar? É... Um câncer... um câncer mental, né? Que você tem aquelas células e ali vão se proliferando, e você nem sabe. Então todos nós podemos um dia... podemos desencadear essa... essa doença mental, né? Ou uma psicose, uma coisa assim que você... você quer aquilo e não consegue. E de repente você se transforma de comportamento, né? Você passa a agir de uma maneira diferenciada. Fica rebelde, ou fica grosseira, ou fica estúpida, ou então... é... é... é assim é a coisa assim... é como se fosse uma interrogação bem grande. “o que seria um doente mental? Porque acontece ser uma pessoa doente mental, né?” Então tem N fatores para desencadear o doente mental. (enfático) (E18 – ENF – M.)

Na sequência discursiva acima, aparecem vários questionamentos sobre o que seja doença mental, que se evidencia como uma doença incompreensível, devido à qual o doente apresenta comportamentos variados e imprevisíveis; é uma doença que pode acometer

qualquer ser humano, independentemente de classe, raça e nível educacional. É tão enigmática que chega a ser considerada incurável e é representada como “câncer mental”.

A formação de uma representação social pode ser explicitada, basicamente, através de dois processos que estão interligados entre si: a objetivação e a ancoragem. A objetivação é o processo pelo qual tornamos concreto, damos sentido e tornamos natural determinada realidade e conferimos um cenário familiar ao que antes era desconhecido. Há no processo de objetivação duas fases distintas: a primeira relaciona o conceito à imagem, em que as palavras são incorporadas em um ‘núcleo figurativo’, produzindo assim uma estrutura conceptual de uma ‘forma visível’, o que, evidentemente, facilita a comunicação do que está sendo representado, desse modo, uma entidade abstrata assume uma existência com caráter autônomo. A segunda ocorre, “quando os elementos do pensamento são transpostos para a realidade, não havendo mais separação entre a representação e o objeto representado”. (HOROCHOVSKI, 2004, p. 100).

A ancoragem “é o processo que dá sentido ao objeto que se apresenta a nossa compreensão”, em que o sujeito recorre ao que é familiar e faz uma espécie de conversão da novidade, trazendo ao território conhecido da sua bagagem nocional e aí ancora o novo (ARRUDA, 2002, p.136). Transforma, assim, o que é desconhecido em algo familiar. Esse processo garante que haja uma integração do objeto representado dentro do sistema de pensamento preexistente e uma transformação derivada desse sistema (VELÔSO, 1996).

Convém enfatizar que o fato de essa entrevistada associar a doença mental ao “câncer mental” leva-nos a supor que estamos diante de um processo de ancoragem. Ela busca, em sua “bagagem nocional” de enfermeira, alguma coisa que possa transformar a “doença mental” em algo familiar. Na tentativa de construir sua representação sobre o que é a doença mental, ela a “ancora” ao câncer, doença que irrompe abruptamente, de prognóstico incerto, de difícil cura, que não escolhe condição social nem econômica, atinge e assusta a todos e com a qual a Medicina ainda não sabe muito bem como lidar, assim como o é a doença mental, algo que representa ainda muita

estranheza ao nosso conhecimento positivista/racional.

A doença mental também foi representada como “ser louco”:

Doença mental é... (enfático) o louco mesmo, aquele que vive nos remédios controlados se não... se parar ele pega, joga pedra, sai nu na rua, muitos a família amarra. (E22 – ACS – M).

O louco pra mim é aquela pessoa que joga pedra, corre atrás das pessoas pra agarrar. Porque o louco também sente... eu acho que ele sente prazer também, sente vontade de ter sexo. O meu tio mesmo, ele mesmo não pode ver uma mulher que ele fica querendo agarrar, eu tenho o maior medo dele (...) (E21 – ACS – M).

Porque o louco (...) Ele procura agredir. (...) o louco ele tem várias formas de querer agredir, você não sabe quando “tá” bem ou quando está pior. Ele “tá” bem (enfático) e a qualquer momento ele pode lhe agredir de repente. Acho que deve ser muito difícil, trabalhar... conviver com o louco. (E23 – ACS – M).

Nas sequências discursivas acima, a doença mental é representada como loucura. Os loucos são posicionados como pessoas agressivas, que correm atrás dos outros, que jogam pedras, que saem nus nas ruas, que são imprevisíveis, que precisam de medicação controlada, que tentam “agarrar” as pessoas e provocam medo, até nas mais próximas, como é o caso de E21 em relação ao seu tio.

É sabido que a loucura foi um fenômeno social interpretado, diferentemente, conforme a época. Na antiguidade grega e na romana, a loucura era atribuída às ações dos deuses, dos demônios e das forças sobrenaturais – o louco era marcado com um signo divino. Na Idade Média, na Europa, a loucura era considerada pobreza de espírito. Na sociedade feudal, entre os Séculos XV e XVI, a loucura era uma experiência possível para cada um, antes exaltada, do que

dominada. Portanto, sabedoria e loucura estavam próximas (FOUCAULT, 1979).

A loucura ganhou status de doença mental a partir do Século XVIII, com o advento do capitalismo. Naquele momento, os loucos foram caracterizados como incapazes por não atenderem à necessidade de mão de obra e um perigo para a sociedade. Aos poucos, coube à Psiquiatria “tratá-los” como “doentes”, isolando-os do convívio social. Sobre isso, Maciel (2011) afirma que a relação da sociedade com o doente mental ainda é definida em termos de normal *versus* anormal, em que são tecidas representações semelhantes às encontradas nesta pesquisa, os loucos são tidos como pessoas agressivas, violentas, que causam medo aos outros.

A doença mental é representada, ainda, como “doença inventada”:

Entrevistadora: O que é doença mental?
(Sorri)... agora complicou. (Sorri)... eu acho que doença mental é... são... são aquelas pessoas que “incuca”. Eu não sei se isso é o certo... coloca aquilo na mente, que... que está doente, e que está com aquilo e não é nada, é só aquilo que colocou na mente que “tá” com aquela doença. Tem pessoas que têm paranóia, na minha área [território de abrangência pelo qual é responsável] mesmo, tem pessoas que: “Ah! Eu estou doente disso, ‘tô’ doente daquilo”. Quando a gente manda “pro” médico, e o médico avalia: “Não, tem que ir ‘pro’ psicólogo, psicanalista, sua doença é... não é doença física, é doença mental, inventada (enfático), não é...” O que eu entendo é isso (E14 – ACS – M).

Para E 14, a doença mental é a que se põe na cabeça, que se cria. Esse tipo de representação parece querer se afastar da interpretação da doença mental como de causa orgânica e está se referindo às causas psicológicas. Também nos remete à questão do controle, pois, como a doença é algo criado pelo sujeito, ele também é capaz,

se quiser, de controlar, de não se “incucar”. Ao mesmo tempo, o termo “doença inventada” refere-se ao fato de que o doente mental, comumente, é considerado pelo senso comum como aquele que não tem doença e, sim, “tem ruindade ou safadeza”.

REPRESENTAÇÕES SOBRE AS CAUSAS DA DOENÇA MENTAL

Neste item, apresentamos as representações dos entrevistados sobre as causas da doença mental. Regra geral, a doença mental é representada pelos entrevistados como de origem orgânica. Para alguns, a doença mental é de origem orgânica, ligada a fatores sociais; para outros, é de origem orgânica, associada a fatores emocionais. Há, ainda, aqueles que representam as causas da doença mental como de origem individual, e outros, de origem social.

As causas da doença mental, quando representadas como de origem orgânica, são associadas a fatores genéticos, a pancadas na cabeça, a lesão no cérebro, a doenças:

Primeiro, o fator genético, que importa nisso, é familiar, certo? Dificilmente eu tenho um doente mental que não tem uma história familiar, nessa região, certo? (E1 – MED – M).

Que vem de herança, geralmente vem de herança da família, que às vezes a gente percebe isso porque tem famílias que não tem nenhum deficiente, e tem uma família que tem dois, três... até mais... e às vezes é... dependendo da casa (E16 – ACS – H).

Sim. Assim que... que... num tem... o pessoal num fala assim... porque eu não sei dizer, porque tem duas... duas é... é como que seja duas veias assim, né? Tem gente que tem aí o pessoal, diz que fica louco se essas duas veias se juntar “num” sei o quê? Eu acho que tem alguma coisa na cabeça que fica fraco, ou então alguma coisa assim como o sangue

assim deixou de... de... de fazer é... o cérebro da gente não é o oxigênio, deixou de oxigenar, alguma parte no cérebro da gente, então eu acho que dá lesão em algum canto. Então eu acho que seja isso. (E21 – ACS – M).

Na primeira sequência acima, podemos constatar a influência da questão genética como causa da doença mental, corroborando as representações de saúde mental como doença mental, de origem orgânica. E16 confirma essa ideia, representando a doença mental como deficiência. O entrevistado afirma que existem famílias que não têm deficientes, enquanto outras têm dois, três e até mais, o que vem confirmar a influência dos fatores genéticos no aparecimento da doença mental, que, segundo o entrevistado, “geralmente vem de herança de família”. E21 confirma a predominância de doença de origem orgânica relacionando-a ao fato de veias se juntarem de modo que não permitem o cérebro funcionar, ou o sangue deixar de oxigenar o cérebro.

As causas da doença mental são representadas, também, como de origem orgânica associada a aspectos sociais: à educação, à convivência, aos modelos criados pela família, ao desemprego:

Bom, é isso que eu lhe falei. Eu acho que tem a questão genética, tem a questão social, não é? Talvez você já tenha geneticamente predisposição a isso, e tenha algum fator que exacerbe, ou irrompa, não é? Ou ecloda isso aí, não é? Mas eu tenho notado que a maior parte dessas doenças, o fator social, sabe? A fome, os maus tratos, tudo isso faz eclodir mais cedo, até desenvolve mesmo (E7 – MED – H).

É como eu disse, né? Desemprego, condições financeiras, alimentação, é... eu acho que também a pessoa quando tem de tudo, acomodação, né? Desocupação, entendeu? Carência, e também pode ser que leve a pessoa a ser doente mental porque ela

já tem aquela... aquele... tendência, né? Aquela herança de ser uma pessoa doente mental. Às vezes a mãe... a gente sempre fala assim, “se a gente cria os filhos é... com castigo, tapa, é... espancamento, então essa criança pode ser uma pessoa de bem na vida e pode desencadear uma pessoa má”, uma pessoa com mudança de comportamento e uma pessoa com distúrbio de comportamento, né? É... você pode criar uma pessoa... pode criar um filho, com o comportamento de tudo nas mãos, né? Com tudo de bom na vida, e essa pessoa se transformar também num doente mental, não é verdade? (E18 – ENF – M).

Pelo que eu percebi, são pequenas coisas mesmo, e são bem... essas coisas acontecem bem devagar, né? Dizem que são hereditárias, mas poucos eu vi, a maioria foram na convivência mesmo, (enfático) foi de alguma situação, são assim, mas eu acho que conta muito, [...] eu acho que o que mais conta, é o berço, é a criação materna, é o seu meio mesmo, parece que essa carga não vem muito genética não. Acho que o que mais agrava, ou o que mais favorece os distúrbios, pelo que eu tenho percebido é o que você carrega daqui mesmo, da sua convivência no dia a dia, (...) Mas eu acho que o pior... eu acho que acontece mais é por não deixar... é por criarem um modelo pra você, e que você não quer, eu acho que é isso, eu acho, que a grande maioria é essa. Criam um modelo: “Você vai ser assim”. Então cria todo um roteiro pra sua vida, e você tem que seguir esse roteiro, e você num... num exerce, né? O seu... a sua vontade própria, você é diferente, (enfático) então eu acho que o que eu vi lá, sempre na experiência quando eu perguntava no trabalho, porque era assim? “Ah! Porque minha mãe dizia que eu

tinha que ser uma professora, aí eu não fui. A minha mãe batia em mim, dizia que eu tinha que ser professora”. Ou: “Que queriam que eu casasse com João, e eu casei e fiquei assim, esse sofrimento”. Aí começa assim, então, por causa desse modelo (E13 – ENF – M).

O que pode levar... é depende, tem várias coisas que pode levar uma... um doente mental, às vezes ele pode ser até bom, mas até o modo de você tratar ele, ele vai ser uma pessoa mental. Você desde pequenininho... às vezes pode ser até assim, você num sabe tratar ele, bate, tem gente que bate muito, bate em criança, em cabeça da criança, é muito agressivo com as criança, ali ele vai vendo aquilo, pode ser também o modo de ser dentro de casa (E3 – ACS – M).

As sequências discursivas acima, apesar de apresentarem como causa da doença mental a questão genética ou orgânica, ressaltam a questão social, entre outros fatores, como de grande importância para o aparecimento da doença mental. Cabe sublinhar que, na fala de E7, a doença mental é algo que eclode, que desponta, incontrollável, imprevisível, o que confirma as representações anteriores. Já para E18, E13 e E3, as causas da doença mental são múltiplas. E13, por exemplo, apesar de se referir à questão genética, minimiza essa influência e destaca a questão social, “da convivência”, das cobranças sociais como responsáveis pelo adoecimento. Em sua fala, E18 associa o doente mental a uma pessoa má, quando afirma: “(...) pode desencadear uma pessoa má, uma pessoa com mudança de comportamento e uma pessoa, com distúrbio de comportamento, né?”, reforçando uma ideia muito comum na sociedade de que o louco é mau.

As causas da doença mental são representadas, ainda, como de origem orgânica, associadas a questões genéticas de família, como casamentos próximos e a aspectos emocionais. Portanto, são relacionadas a acontecimentos fortes, em que as pessoas não

conseguem se desvencilhar de determinados pensamentos e terminam com problemas mentais.

Na minha opinião, tem a questão genética de família, tem a questão também de família que casa muito próximo, o filho também nasce com problemas, eu mesmo tem isso na mente, eu nunca estudei isso não, é o que eu penso. E às vezes eu acho assim, porque tem pessoas boas e... e... acontece, né? Assim pessoas já... eu acho assim, deve ser algum... algum assim... algum acontecimento forte, alguma coisa assim que acontece, a gente já fica com aquele pensamento voltado praquilo, aí termina ficando assim... ficando com problema mental (E6 – AE – M).

Para outra entrevistada, são as decepções amorosas, a falta de Deus, as perdas de entes queridos e a falta de dinheiro que determinam a causa da doença mental:

A falta de Deus... a falta de... tipo assim, falta de dinheiro também. Porque tem pessoas que... que assim falta de dinheiro, né? Falta de Deus, não pensar em Deus, e outras coisas. [...] uma perda de alguém, de um parente, também pode ser, uma pessoa que você gostava, um namorado, uma namorada (E19 – AE – H).

Na sequência acima, a entrevistada associa a doença mental tanto a aspectos religiosos quanto a aspectos econômicos, sociais e emocionais. A “falta”, seja de Deus, de dinheiro ou de um ente querido, provoca a doença mental.

Em relação às causas sociais, alguns dos entrevistados fazem referência também à violência doméstica, ao excesso de trabalho ou sua falta, às preocupações, aos problemas financeiros, à questão das drogas e ao ambiente violento.

Olhe é um campo tão grande, é um universo tão grande, são tantas... são tantos os itens que pode levar a pessoa a ter problema mental. (...) de uma forma geral o álcool (...) A miséria, a fome, a droga, o ambiente violento em que vive, a pessoa vive num ambiente muito violento, numa favela, mora numa favela, sofre pressões de todos os lados, então isso aí vai... isso aí vai ocasionando uma pressão psicológica muito grande, então anos e anos a fio, (enfático) com um problema desses daí que eu citei, se a pessoa não tiver uma força de vontade muito grande, pra melhorar ou pra se manter equilibrada, a pessoa adoce... (E10 – CD – M).

Eu acho que pode ser isso, pode ser problema financeiro, pode ser problemas na família, se você tem, você tem um... um esposo muito violento, você tem trabalhos, você tem filhos, aquilo vai mexendo com você, você vai juntando tudo, “tá” entendendo? Termina enlouquecendo, se ele não se tratar, se não cuidar, fazer alguma coisa (...) vai terminar ficando louco (E22 – ACS – M).

(...) As preocupações da vida também, (enfático) o trabalho, a falta de trabalho (E15 – ACS – H).

Mas eu tenho notado que a maior parte dessas doenças, o fator social, sabe? A fome os maus tratos, tudo isso faz eclodir mais cedo, até desenvolve mesmo (E7 – MED – H).

A causa da doença mental é vinculada também, na opinião dos entrevistados, a uma questão individual, relacionada à incapacidade de as pessoas resolverem os seus problemas, de modo que chegam a um ponto em que “estouram”. Isso corrobora a ideia de que, assim como uma doença, é algo que irrompe e sobre a qual o sujeito

termina perdendo o controle, conforme ilustrado abaixo:

Eu acho que quando a gente fala, quando diz o que era saúde mental, quando eu falei que é... era a pessoa poder resolver seus problemas. Eu acho que é... a pessoa não conseguir, né? Exatamente esse indivíduo não conseguir resolver os seus problemas, e de certa... de certa forma não... e acumulá-los dentro, que de alguma forma estoura, como uma doença que fica encubada, e depois ela explode (E11 – ENF – M).

REPRESENTANDO OS SENTIMENTOS EM RELAÇÃO AOS DOENTES MENTAIS

Quando os entrevistados se referem aos doentes mentais, sentimentos como medo e constrangimento são citados. Além disso, ressaltam o desafio e a dificuldade de trabalhar com a doença mental:

Entrevistadora: O que você sente diante de um doente mental?

Virgem Maria! Eu morro de medo! Eu tenho a impressão que ele vai me pegar, eu fico nervosa (sorriso). Eu fico nervosa, mais eu tento ver as razões dele, se ele vai me pegar eu não sou daquelas que... se eu tô na frente daquele... dele, num sai logo correndo não, eu tento, se eu ver alguma reação que ele vai... eu ainda não sou de correr. Eu ainda tento ver a reação, se ele vai vim pra cima de mim, se ele vai me agredir. Pode ser até que um louco consiga me agredir, eu não sou tão... de correr não, mas eu tenho medo... dele fazer uma agressão (E22 – ACS – M).

Como profissional, eu acho que é uma das áreas mais difíceis da gente trabalhar, essa parte da... da

doença mental. Mas que a gente não deve isolar, né? Nem tão pouco afastar ele, mas trazer pra mais perto do convívio da sociedade, né? Da comunidade, e fazer com que a comunidade tenha ele também como uma pessoa importante. [...] Eu acho, porque é muito difícil, você conscientizar toda uma comunidade que essa pessoa ela pode ter um convívio normal ali dentro, é difícil. Então tudo assim o que a gente tem lentidão no trabalho da gente, assim... torna-se um pouco constrangedor, pra gente, não é? porque a gente quer que aquela pessoa se aproxime, entendeu? mais assim, eu acho um desafio na área de saúde pública, é trabalhar a saúde mental (E18 – ENF – M).

Bom. Eu me sinto... em primeiro lugar, tem que me sentir como médico diante de quem se trata comigo, né? (...) Eu acho difícil (enfático) trabalhar com pessoas doentes mentais, assim chamadas, não é? Eu acho um trabalho difícil, eu nunca vi ninguém ficar bom realmente, nunca vi. Certo? Eu não sei se é porque, é um dos grandes desafios da medicina, eu acho assim quando você trabalha com isso, você quer ver as pessoas terem progresso, não é? Isso não quer dizer que eu não acredite que elas possam ficar. Eu acho que a gente tem que... tem que trabalhar pra isso. Mais eu acho muito difícil. Então eu não sei se é porque eu “tô” acostumado... quero que a medicina tenha sucesso rápido nesses casos, não é? E eu acho muito crônico, muito trabalhoso (pausado) (...). (E7 – MED – H).

Na primeira sequência discursiva, observamos que o sentimento em relação ao doente mental é representado como medo. Esse sentimento relaciona-se tanto ao fato de o doente mental ser considerado uma pessoa agressiva, quanto de ser considerado imprevisível

e exacerbar um comportamento inesperado, o que escapa ao nosso controle.

Em sua fala, E18 destaca o desafio que é trabalhar com a doença mental, além de uma preocupação em contribuir para que a comunidade conviva com a doença mental. Esse aspecto é enfatizado pela entrevistada porque parece ser um trabalho que não apresenta resolutividade, é “lento”, parece não dá resultados, como explicita E7: “é um dos grandes desafios da medicina, quando se trabalha com isso, você quer ver as pessoas terem progresso”. “Eu acho um trabalho difícil, eu nunca vi ninguém ficar bom realmente, nunca vi.” Esses discursos nos remetem às colocações de Freitas (1998, p.95), que afirma que a doença mental desafia a formação do profissional, e “o irrecuperável é a negação da sua competência profissional”.

Na saúde, ainda se trabalha utilizando-se como fundamento o paradigma de cura, baseado num tratamento técnico-científico que, para a maioria das doenças, produz resultados práticos e plausíveis, o que não ocorre com a doença mental, por não apresentar as mesmas características das doenças orgânicas, o que parece frustrar as expectativas dos profissionais da saúde, em especial, os que trabalham no campo da saúde mental (DESVIAT, 2008).

O sentimento em relação ao doente mental é representado também como piedade. Esse sentimento está associado, para uns, à impossibilidade de essas pessoas se livrarem de seus males, porque acreditam que não há mais solução para um doente mental e, para outros, ao fato de não se poder ajudá-los, por serem incapazes de entender as coisas, como exposto nas sequências abaixo:

Eu... eu sinto assim... numa parte eu sinto pena porque eu sei que não há mais solução, né? Pra um doente mental (E23 – ACS – M).

Assim... eu tem... eu tenho vontade de ajudar, de conversar. Às vezes eu acho assim que... porque a maioria quando eu chego na Unidade, no hospital, eles... são assim... são muito sozinho, são cheio de medicação, só medicação é... é um pouco... é um

pouco assim uma pessoa desorientado (enfático) eu acho. Assim eu... é... eu fico com muita pena (enfático) assim, queria ajudar aquele paciente (enfático), mas... a gente não pode fazer nada (silêncio) (E19 – AE – H).

REPRESENTAÇÕES SOBRE A POSSIBILIDADE DE A DOENÇA MENTAL SER EVITADA

Perguntamos aos entrevistados se consideravam que seria possível evitar a doença mental. Em suas respostas, eles se dividiram: para alguns, não há como ser evitada; para outros, não há como se evitar, mas pode ser postergada, amenizada ou resolvida. E para outros, ainda, pode ser evitada, dependendo de diferentes fatores.

Em relação à possibilidade de se evitar a doença mental, para alguns entrevistados, a doença mental não pode ser evitada, por ser de origem genética:

Eu acho que se tivesse como evitar... tinha que ser da própria pessoa, do próprio ser humano (pausado) porque às vezes, por exemplo, vem de uma família, que se casa com outra família, se casa com a mesma família, vai repetindo a família e esse sangue vai de... desapontando, não só o lado bom, como o lado ruim também, e vai apurando o sangue (E16 – ACS – H).

Nessa sequência discursiva, ressalta-se o aspecto genético como fator desencadeante da doença mental, que é o resultado da consanguinidade entre os casais. Portanto, nesse caso, é inevitável. O entrevistado refere-se à doença mental como o lado ruim que desponta. Por isso, o doente mental, sob seu ponto de vista, é uma pessoa ruim. Essa ideia de que, no casamento consanguíneo, somam-se as taras, que são maus caracteres do sujeito, ou o lado ruim, que, muitas vezes, resulta em nascimento de “criaturas anormais, débeis mentais, sem ânimo para lutar, sem ideal, sem profissão”, entre outras deficiências, são reforçadas por autores como Fontoura (1977, p.59).

Para outros entrevistados, a doença mental não pode ser evitada, porém pode ser amenizada ou postergada, conforme ilustrado abaixo:

Entrevistador: Você considera que é possível evitar a doença mental?

Não. (pausa) Não todos, não é? Porque são muitas pessoas envolvidas e muitas coisas envolvidas. Eu acho que a pessoa ficar susceptível ao doen... a ser doente, né? O meio, o profissional, (pausado) que assiste, né? Que assiste desde o seu pré-natal, o pré-natal da mãe, depois vai assisti-lo quando criança, depois vai ser acompanhado. Acho que o trabalho é... é difícil, acho que é muito difícil, acho que pode amenizar, mais evitar acho muito complexo, nesse momento, não. (E13 – ENF – M).

Numa grande parte eu acho que não. Eu acho que não evitaria não, mas era possível atenuar. (...) Ou talvez postergar o aparecimento não, é? (E7 – MED – H).

Essas sequências discursivas falam da impossibilidade de se evitar a doença mental. Para E13, há muitos fatores envolvidos, isto é, existe a própria susceptibilidade de ser doente, o meio e a assistência, aspectos considerados difíceis e complexos. Então, a doença mental pode ser apenas amenizada. Isso também é confirmado no discurso de E7, que concorda que a doença mental, em geral, não pode ser evitada, mas atenuada ou postergada.

Para apenas uma entrevistada, a doença mental não pode ser evitada, mas resolvida, como mostra sua fala:

Não. Eu não acho que é possível evitar. Eu acho que... é claro que alguns sim que você pode até evitar, mas a grande maioria, não. Você não consegue

evitar. Você tem que fazer com que resolva, tem que resolver. A partir da presença deles, tentar resolver, solucionar (E11 – ENF – M).

Na sequência discursiva acima, E11 considera que não é possível evitar a doença mental, pelo menos para a maioria. Porém, “tem que fazer com que resolva”, “a partir da presença deles”. Recorrendo a outros trechos da entrevista de E11, observamos que ela está se referindo às questões causadas por fatores externos, como “ter um agressor dentro de casa”, a falta de alimento, de emprego. Nesse sentido, ela está chamando a atenção não só para as questões orgânicas, mas também para os aspectos afetivos e socioeconômicos responsáveis pelos níveis satisfatórios de saúde.

Para outros, ainda, a doença mental pode ser evitada: “É possível desde que não seja genético. (...) A pessoa pode evitar é... manter uma mente equilibrada, é manter uma mente equilibrada e superar os problemas, as adversidades que vem, não é?” (E10 – CD – M).

Nesse fragmento, E10 sugere a possibilidade de se evitar a doença mental desde que não seja genética, dependendo da capacidade individual de cada um para lidar com os seus problemas, superar as adversidades, e manter uma mente equilibrada. Essa representação remete à ideia já explicada de um padrão para o ser humano, aquele que é capaz de se enquadrar como normal, equilibrado, capaz de superar os seus problemas individualmente se controlando.

REPRESENTAÇÕES SOBRE AS FORMAS DE TRATAMENTO

Nas representações sociais elaboradas pelos entrevistados, a doença mental pode ser tratada através de medicamentos associados a outros tipos de tratamento. Estas sequências confirmam essa assertiva:

Na minha opinião, ele deveria ser tratado normalmente, principalmente com a medicação, porque a medicação de certa forma ajuda, ajuda o paciente... e... e normalmente, tendo um ambiente (...) Se o ambiente for um ambiente tranquilo, fica puxando

um “pro” outro, né? Então é isso, eu acho que deve ser tratado normalmente, como qualquer outra doença, num canto... num canto... dependendo do grau, né? Da doença, no caso... normal como qualquer outra pessoa, só que depende... dependendo daquela medicação. Acho que deve ser tratado assim (E16 – ACS – H).

Nós teríamos o tratamento farmacológico, não é? Teríamos o tratamento de análise, eu acredito que também fazia parte disso aí, não é? O tratamento do doente, não só como o doente em si, mais a comunidade onde ele vive, as pessoas da família, não é verdade? Eu acho que você “tá”... ter uma abordagem mais completa desse paciente, você teria que ver todo o ambiente que o cerca também. Não é só dar drogas, nem confiná-lo, mas eu acredito que melhorar essas condições estruturais, como um todo. Eu acho que a base do tratamento seria isso aí. [...] Eu acho o confinamento, seria importante quando essa... quando a parte muito agudizada da doença, não é? Você até... muitas vezes, alguns tipos de doente, até pra proteger o próprio paciente, a sociedade onde ele vive, seria bom de imediato um confinamento, até... vamos dizer assim haver uma compensação da parte dele, haver uma compensação da doença. Você reintegrar ao meio onde ele vive. (E7 – MED – H).

Nessas falas, apesar de o tratamento medicamentoso ser predominante, vislumbram-se, por outro lado, alternativas de tratamento, o que amplia a visão sobre a doença mental que aponta para a importância do meio e das formas de viver desses cidadãos. O tratamento não consiste apenas em administrar drogas, nem confinar o doente, mas procurar melhorar as questões estruturais, a partir do meio em que ele se encontra, da comunidade e da família,

considerando igualmente importante “o tratamento de análise”, referindo-se à psicoterapia. Entretanto, E7 afirma que o confinamento deve ser indicado quando o quadro da doença estiver agudo.

A forma aguda da doença aponta para uma fase violenta, em que o doente se encontra “descompensado”. Nesse momento, ele pode representar um perigo para si mesmo e para a sociedade em que vive e não é possível controlá-lo de outra forma, segundo o entrevistado. As representações sociais assim construídas apontam para a ideia de que a doença mental deva ser tratada da mesma forma como se trata uma doença contagiosa, que, na fase aguda, pode “contaminar”, “prejudicar” outras pessoas. Cabe lembrar que, segundo Foucault (1979), o fato de os manicômios terem ocupado os antigos leprosários reforçou o estigma em relação à loucura.

Essa necessidade de controle sobre as pessoas com transtornos psíquicos parece existir muito antes de a loucura ser considerada doença. Szasz (1978) afirma que, por volta do Século XIII, a loucura esteve ligada ao domínio teológico e era considerada feitiçaria, um atentado contra Deus, algo demoníaco; por isso, as pessoas consideradas feiticeiras eram perseguidas e mortas, porque eram consideradas perigosas para a cristandade. A partir do Século XVII, sob o poder científico, continua a perseguição: dessa vez, a loucura passa a ser análoga ao crime e se sustenta a opinião de que são perigosos para si e para os outros, legitimando o encarceramento involuntário.

A loucura, ou doença mental, como é denominada nos nossos dias, esteve associada, como se pode ver, desde os mais remotos tempos, a algo que representa perigo, ataque, fato que justifica ainda hoje o encarceramento, ou seja, o internamento. Ainda no que se refere às representações sobre as formas de tratamento, há quem ressalte o medicamentoso, mas também outras possibilidades de se ter um tratamento melhor:

Os tratamento que eu acho, assim, tomar medicamento, né? Medicamento controlado. Tem outros que vai pra escola, pra ter um tratamento melhor (...) na minha opinião, né? Que deveria levar pra

uma escola, ou ter aquele tratamento lá do psicólogo, ou do médico, do professor, e também da família, né? (...) porque tem gente que leva “praqueles” hospitais velhos, e dá aqueles choques, eu acho aquilo... na minha opinião eu não acho certo não. (E6 – AE – H).

O discurso de E6 se aproxima dos preceitos de intersectorialidade defendidos pela Reforma Psiquiátrica quando inclui outros setores da sociedade como responsáveis pelo tratamento, ao mesmo tempo em que desqualifica o tratamento adotado nos hospitais psiquiátricos.

Já E11 afirma não ter nenhuma ideia de como eles podem ser tratados:

Entrevistadora: Quais os possíveis tratamentos para um doente mental?

Eu não tenho a menor ideia (enfático) de quais são os tratamentos, não sei. É como se fosse uma caverna escura, que eu tenho que entrar, mas eu não sei como agir lá dentro, certo? Eu não tenho a menor ideia. (E11 – ENF – M).

Em seu discurso, E11 representa o tratamento da doença mental como uma “caverna escura”. O que seria uma caverna escura? Caverna significa cavidade profunda e extensa aberta em rocha, recinto escuro e profundo, abismo. Lembra-nos um buraco, que pode ser um espaço vazio ou cheio de coisas que nos podem ser estranhas, belas, atraentes ou, ainda, podem ser feias e causarem horror. Dessa forma, a caverna é algo desconhecido, portanto não podemos ter certeza do que se pode encontrar lá dentro.

A caverna também pode ser associada ao inominável humano, esse desconhecido, afetos recalcados, como diria Freud (1996), incapazes de ser trazidos totalmente à luz, para fora do buraco, para a superfície humana.

Dialogando com a Teoria das Representações Sociais, ressaltamos, mais uma vez, o processo de ancoragem que, como já explicitado, é um dos processos de formação das representações sociais, por meio do qual se classifica, incorpora-se e dá-se sentido ao que nos é desconhecido, a partir do universo próprio de cada um. As representações não surgem do nada, mas a partir de um pensamento preexistente, de forma que tentamos transformar o que desconhecemos em algo familiar. Nesse sentido, a doença mental é representada como algo escuro, estranho, perigoso e de difícil acesso. É “o desconhecido”. A entrevistada aproxima-se desse desconhecido e representa-o como uma “caverna escura”.

REPRESENTAÇÕES SOBRE AS AÇÕES DE SAÚDE MENTAL NA ESF

As ações de saúde mental na ESF foram representadas como algo muito bom, para grande parte dos entrevistados, ora porque tinham muitos “pacientes mentais”, ora porque poderiam complementar o trabalho, como o eixo que falta para a Estratégia da Família, como expresso nas sequências abaixo:

Entrevistadora: O que você pensa sobre as ações de saúde mental fazerem parte do seu trabalho na ESF?

Muito bom, porque nós temos um universo muito grande de pacientes mentais e não sabemos como trabalhar com eles (E9 – ENF – M).

Penso... penso que viria a complementar, eu acho que é o eixo talvez que falta, né? É aquela resposta que talvez eu tenha, por quê? Tanto eu trabalho, planejamento familiar, tanto... por que esse número assustador de gestante, de gravidez não desejada, talvez eu teria essa resposta, se eu trabalhasse saúde mental, né? Por que tantos problemas psicossomáticos? Se você investiga, investiga,

investiga uma gastrite e não encontra, e começa a tratar só com omeprazol, omeprazol... será que trabalhando com saúde mental, também não diminuiria esses distúrbios? Então eu acho que ele iria complementar, ia dar respostas para muitas coisas no PSF (E13 – ENF – M).

Já para E11, as ações de saúde mental são vistas como “um desconhecido”:

O que eu penso? (pausa) ai... ai... (pausa) a gente tem visto que tem melhorado, em alguns pontos, porque, como eu disse, a gente não sabe o que tratar, às vezes a gente não sabe nem quem são as pessoas que estão aqui na nossa frente, com problemas mentais, não é? de saúde mental. Então a gente não sabe, até que ponto a gente “tá” ajudando, até que ponto a gente “tá” atrapalhando, então, eu continuo a dizer, eu não sei, é um desconhecido, não dá nem pra definir o que eu acho da saúde mental dentro do trabalho. Eu não sei nem como é que a gente consegue fazer isso. Eu sei que a gente faz, mas eu não sei como a gente consegue (E11 – ENF – M).

Essas representações apontam para a necessidade de um trabalho em saúde mental, pois pessoas com transtornos mentais existem, e um trabalho nessa área é considerado por alguns dos entrevistados como o eixo que falta. No entanto, esses profissionais não se sentem preparados, dizem não saber trabalhar com tal clientela. Há, ainda, a representação das ações em saúde mental como “um desconhecido”, como afirma E11. Os entrevistados, regra geral, não sabem o que fazer diante de uma pessoa com transtornos mentais. Esse fato pode ser atribuído a uma lacuna na formação profissional, especialmente na área da saúde mental, aspecto reconhecido pelos próprios entrevistados.

REPRESENTAÇÕES SOBRE A ORGANIZAÇÃO DE UM TRABALHO EM SAÚDE MENTAL VINCULADO À ESF

A organização de um trabalho de saúde mental vinculado à ESF requer, na opinião da maioria dos entrevistados, a formação de grupos:

Eu acho que é uma possibilidade da gente tentar fazer pequenos grupos [...] Onde a gente tenta dar assistência comunitária [...] Mas, eu não tenho muitos dados (E1 – MED – M).

Formar um grupinho e a gente ia trabalhar com eles aqui na Unidade uma vez por mês, visitava sempre e marcaria o dia pra gente trabalhar e ver como é que eles tomam medicamento, que eles não tomam. Quem tomasse a gente dava um jeito pra vê se conseguia essa medicação... também conversar com as pessoas da família (E6 – AE – M).

Essas sequências discursivas ressaltam a organização do trabalho em saúde mental através da formação de grupos. Analisando esses discursos e consultando o Guia Prático da Estratégia Saúde da Família, encontramos, como atribuição para todos os profissionais da equipe da ESF, a formação de grupos de trabalho na comunidade, o que parece exercer certa influência sobre essa representação. Nesse sentido, cabe a eles “coordenar, participar de e/ou organizar grupos de educação para a saúde” (Brasil, 2001, p. 75).

Outros entrevistados sugerem que se formem grupos para que sejam proferidas palestras e que se trabalhe com terapia ocupacional:

Organizar assim mais, fazer mais palestras, e orientar, através da palestra a gente vai orientando as pessoas, vai sentindo os problemas que elas tem, né? A gente vai vendo, aí fica... a... eles tem diretamente, é meio difícil. (E12 – ACD – M);

(...) Ocupação... Lazer... Eu acho que o grande segredo (...) “tá” na ocupação desse indivíduo. Você vê que o esquizofrênico, ele quando tá com... com... com o comportamento de rebeldia, a família quer expulsar ele pra ficar num local isolado, então a primeira coisa é essa, arranjar uma vaga num hospital pra que isole ele. Porque a família não tem paciência de... de ter assim... ou pelo menos não sabe, como tratar esse paciente, entendeu? Então é expulso, então eu acho que isso leva a pessoa... acho que ele não deve ser isolado, ter uma ocupação mesmo. Eu acho que nessa ocupada, faz com que evite muita coisa (E18 – ENF – M).

Para outros, a organização de grupos depende de uma formação profissional, além de outros “atores” para a composição de uma equipe multiprofissional, conforme a sequência abaixo:

Como eu “tô” dizendo, a gente precisa de uma formação (...) outros personagens, que pra isso fortalecesse nossa equipe, entendeu? Formar grupos e desses grupos começar a trabalhar, investir neles. [...] A gente vai ter que ter uma parceria de... assim... de uma equipe de multiprofissionais, uma equipe que vai englobar muita gente. A equipe só, médico, enfermeiro e auxiliar, jamais teria essa condição de promover o resgate do doente mental. Eu acho que teria que ter mais uma equipe, mais alguma... algumas coisas (E18 – ENF – M).

Para E18, é preciso formar grupos para “investir” nos usuários, no entanto, são necessárias uma formação e a inclusão de outros “personagens” para que esse tipo de trabalho possa ser desenvolvido. Corroborando essa ideia, Alverga e Dimenstein (2009, p.39) afirmam que, apesar de as ESF apresentarem uma “realidade de êxitos”, “a formação de equipes restritas a médicos, enfermeiros,

odontólogos e ACS adverte para um possível retrocesso na luta pela constituição de equipes multiprofissionais”. Esse modo de formação de equipes reduzidas pode levar os profissionais a não poderem atender a essa demanda, o que dificulta o trabalho baseado na perspectiva da integralidade.

Cabe ressaltar que, em relação à inclusão de outros profissionais na ESF, foi representada, de forma unânime, a necessidade do psicólogo na equipe. Em alguns discursos, aparecem, também, o psiquiatra, o assistente social, entre outros menos evidenciados. Desse modo, a representação da necessidade de outros profissionais na ESF foi mencionada tanto como profissionais fazendo parte da equipe quanto dando apoio à equipe.

Psicólogo, eu acho que precisaria, precisa de um assistente social, e de um psiquiatra, pra nos dá um apoio, não só com a clientela, mas pra nos orientar, também, pra gente não “tá” nessa escuridão, que a gente... pelo menos eu me sinto na escuridão, pra dá uma clareada, um pouco... acender uma luzinha pequenininha, pra gente poder caminhar. (E11 – ENF – M).

Sem dúvida, você não vai trabalhar saúde mental, sem ter trabalhado junto com o PSF. Eu não digo sendo equipe porque as (ININTELIGÍVEL), mas eu acho que a gente só vai conseguir enquanto equipe do PSF trabalhar, se eu tiver aqui: psicólogo, assistente social, um psiquiatra para orientação e pra capacitação (enfático) enquanto a gente não se capacitar (...) eu não me sinto apta, de jeito nenhum a trabalhar (...) não só saúde mental, nenhum dos programas (E1 – MED – M).

No discurso de E11, podemos inferir que o psicólogo, o assistente social e o psiquiatra são necessários não apenas trabalhando com a comunidade, mas também como profissionais que iriam orientar

o trabalho junto com as equipes, como “uma luz” que iria iluminar todo o trabalho da ESF, no âmbito da saúde mental. Quando E1 diz: “Eu não digo sendo equipe”, supomos que ela está entendendo as ações de saúde mental como uma responsabilidade da ESF, através da formação de uma equipe básica da Estratégia da Família. Por essa razão, sugere que esses profissionais não fariam parte integrante, como hoje ainda não fazem, mas seriam necessários para dar um suporte ao trabalho.

O psicólogo, o assistente social e o psiquiatra podem ser considerados, na verdade, um “suporte” para as equipes da ESF. Eles supririam uma lacuna na formação profissional da equipe, dando-lhes o suporte para um trabalho que eles consideram necessário, porém difícil de ser realizado e para o qual não estão capacitados. Esse aspecto é evidenciado pelos entrevistados no decorrer desta pesquisa.

É preciso, pois, refletir sobre essa demanda, tendo em vista que cabe aos profissionais da área de saúde trabalharem o sujeito em sua integralidade, como propõem as políticas públicas para a saúde.

O atendimento integral extrapola a estrutura organizacional hierarquizada e regionalizada da assistência de saúde, se prolonga pela qualidade real da atenção individual e coletiva assegurada aos usuários do sistema de saúde, requisita o compromisso com o contínuo aprendizado e com a prática multiprofissional (MACHADO et al., 2007, p.336).

A integralidade, por ser um princípio do SUS, precisa avançar na discussão sobre a formação dessas equipes, para não retrocedermos a um atendimento fragmentado. Como bem declaram os entrevistados, não é possível realizar um trabalho mais amplo no campo da saúde mental sem poder contar com o apoio de outros atores, como também nos alertam os estudos de Alverga e Dimenstein (2009), já mencionados. Esse modo de formação de equipes reduzidas pode levar os profissionais a não poderem atender a essa demanda, interferindo no trabalho baseado na perspectiva da integralidade.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A Estratégia de Saúde da Família (ESF) reflete um real avanço conquistado pelo Sistema Único de Saúde (SUS), que acolhe toda a população brasileira. Trata-se de uma assistência norteada pelos princípios da integralidade – universalização, descentralização e participação da comunidade. A ESF representa uma proposta democrática e cidadã.

Tendo em vista as dificuldades encontradas pelos profissionais que constituíam a equipe da ESF do Município de Boqueirão/PB, para ampliar um trabalho na área da saúde mental, consideramos relevante conhecer e analisar as representações sociais acerca da saúde mental elaboradas por esses profissionais como também verificar as possíveis formas de se intervir na área de saúde mental, vislumbradas por eles, e suas prováveis resistências na realização de um trabalho em saúde mental.

Considerando a análise das entrevistas realizadas, podemos afirmar que a recusa em se trabalhar com pessoas com transtornos mentais existe e se expressa, entre outros aspectos, nas dificuldades apresentadas pelos entrevistados; na falta de capacitação para desenvolverem esse tipo de trabalho; na falta de uma formação acadêmica considerada adequada, por entenderem a doença mental como um câncer mental, uma doença considerada incurável e como algo desconhecido; por apresentarem um sentimento de impotência diante da impossibilidade ou da lentidão na cura da doença mental; pelo medo, que dizem sentir, diante dos usuários; por construírem representações sobre saúde mental que remetem a um padrão de normalidade; por trabalharem com um contingente de pessoas considerado muito alto; pelas próprias condições de trabalho e pela própria existência da “caverna escura”.

Esperamos, portanto, a partir do “resgate” dessas representações, despertar o interesse de outros pesquisadores por essa temática e construir uma prática que possa contribuir, no sentido de podermos ver o ser humano em sua totalidade e não, apenas, como um organismo doente a ser curado, mas como um ser histórico-social, produto e produtor da própria cultura e história. Assim, poderemos construir também um novo conceito para a saúde mental,

não a partir de uma ética moral, mas de uma ética do sujeito, em que sejam respeitadas as diferentes singularidades, para, quem sabe, podermos iluminar a “caverna escura”.

REFERÊNCIAS

ALVERGA, A. R.; DIMENSTEIN, M. Aspectos biopolíticos na articulação Saúde Mental-Atenção Básica. In: DIMENSTEIN, M. (Org.). **Produção do conhecimento, agenciamentos e implicação no fazer pesquisa em Psicologia**. Natal, RN: Editora da UFRN, 2009. p.33-50.

AMARANTE, P. (Coord.). **Loucos pela vida: a trajetória da reforma psiquiátrica no Brasil**. Rio de Janeiro: SDE/ENSP, 1995a.

AMARANTE, P. Novos sujeitos, novos direitos: o debate em torno da Reforma Psiquiátrica. **Cad. Saúde Pública**, v.11, n.3, p. 491-494, 1995b. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X1995000300024>. Acesso em: 12 mar. 2013.

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

ARRUDA, A. Teoria das representações sociais e teorias de gênero. **Cadernos de Pesquisa**, n. 117, p. 127-147, 2002. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0100-15742002000300007&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 03 abr. 2013.

AULETE, C. **Dicionário contemporâneo da língua portuguesa**. 5. ed. Rio de Janeiro: Editora Delta, v.I, 1970.

BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. Lisboa: Edição 70, 1977.

BRASIL. Ministério da Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Guia Prático do Programa de Saúde da Família**. Brasília: Ministério da Saúde, 2001.

BRASIL. Ministério da Saúde, Secretaria Executiva. **Programa de Saúde da Família**. Brasília, 2003. Disponível em: <http://dtr2001.saude.gov.br/psf//programa/o_q_e.asp>. Acesso em: 22 ago. 2003.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política Nacional de Atenção Básica** / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – 4. ed. – Brasília: Ministério da Saúde, 2007.

BRITO, M. et. al. Desafios à reforma psiquiátrica: produção de vida e circulação nos espaços públicos por egressos de hospitais psiquiátricos. In: DIMENSTEIN, M. (Org.). **Produção do conhecimento, agenciamentos e implicação no fazer pesquisa em Psicologia**. Natal: Editora da UFRN, 2009. p.51 – 67

CABRAL, B. et al. Estação Comunidade. **Revista SaúdeLoucura: saúde mental e saúde da família**, n.7, p.137 – 153, 2000.

CAMURI, D.; DIMENSTEIN, M. O trabalho em Saúde Mental na Atenção Básica na rede SUS de Teresina-Piauí. In: DIMENSTEIN, M. (Org.). **Produção do conhecimento, agenciamentos e implicação no fazer pesquisa em Psicologia**. Natal: Editora da UFRN, 2009. p. 113 – 129.

CASÉ, V. Saúde mental e sua interface com o Programa de Saúde da Família: quatro anos de experiência em Camaragibe. **Revista SaúdeLoucura: saúde mental e saúde da família**, n. 7, p.121 – 135, 2000.

CRUZ NETO, O. Trabalho de campo como descoberta e criação. In: MINAYO M. C. S. (Org). **Pesquisa social: teoria, método e criatividade**. 4. ed. Petrópolis: Vozes, 1995. p.51-64.

DESVIAT, M. **A Reforma Psiquiátrica**. 2ª reimpressão. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2008.

DIMENSTEIN, M. Reforma psiquiátrica: integrando experiências brasileiras e espanholas no cuidado integral e territorializado em saúde mental. **Estudos de Psicologia**, v.16, n.3, p. 285-288, 2011. Disponível em: <www.scielo.br/epsic>. Acesso em: 24 fev. 2013.

FONTOURA, A. **Psicologia Educacional: psicologia da criança**. Biblioteca Didática Brasileira. Série I – A escola viva – v. 5, 25. ed., Rio de Janeiro: Editora Aurora, 1977.

FOUCAULT, M. **Microfísica do poder**. Rio de Janeiro: Edições Graal, 1979.

FRAYZE-PEREIRA, J. **O que é loucura**. 10. ed. São Paulo: Brasiliense, 1990.

FREITAS, F. F. P. Subsídios para mudanças do modelo de assistência psiquiátrica. **Cadernos de Saúde Pública**, v.14, n.1, p. 93 – 106, 1998.

FREUD, S. **As neuropsicoses de defesa (1894)**. Edição Standard Brasileira das obras completas de Sigmund Freud, v. III, Rio de Janeiro: Imago Editora, 1996.

GONÇALVES, P. L. A unidade de referência e a equipe volante. **Revista SaúdeLoucura**: saúde mental e saúde da família, n.7, p.109 – 116, 2000.

HOROCHOVSKI, M. T. H. Representações Sociais: delineamentos de uma categoria analítica. **Revista Eletrônica dos Pós-graduandos em Sociologia Política da UFSC**, v.2, n.1, p. 92-106, 2004. Disponível em:<www.emtese.ufsc.br>. Acesso em: 12 mar. 2013.

LANG, A. B. S. G., CAMPOS, M. C. S. S; DEMARTINI, Z. B. S. **História oral, sociologia e pesquisa: a abordagem do CERU**. São Paulo: Humanitas/CERU, 2010.

LIMA JUNIOR, J. **Os elos que nos cercam: representações sociais sobre a loucura elaboradas por familiares de usuários de instituição psiquiátrica.** 2003, 69f. Monografia (Trabalho de Conclusão de Curso – TCC) – Departamento de Psicologia, Universidade Estadual da Paraíba, Campina Grande.

MACHADO, M. F. A. S. et al. Integralidade, formação de saúde, educação em saúde e as propostas do SUS: uma revisão conceitual. **Ciência & Saúde Coletiva**, v.12, n. 2, p.335-342, 2007.

MACIEL, S. C. et.al. Representações sociais de familiares acerca da loucura e do hospital psiquiátrico. **Revista Temas em Psicologia**, v.19, n.1, p.193-204, 2011. Disponível em: <www.sbponline.org.br>. Acesso em: 05 ago. 2012.

MENDES, E. V. **Uma agenda para a saúde.** São Paulo: HUCITEC, 1996.

MOSCOVICI, S. **A representação social da psicanálise.** Rio de Janeiro: Zahar Editores, 1978.

PINTO, J. C. S. G. **A abordagem aos transtornos mentais graves na Atenção Básica.** Trabalho apresentado na I Oficina de Capacitação de Supervisores em Saúde Mental para o Programa de Saúde da Família, Itaipava, RJ, em 15 e 16 de abril de 2002. Disponível em: <http://www.saudemental.med.br/pribncipal.htm>. Acesso em: 15 set. 2002.

SÁ, C. P. **A construção do objeto de pesquisa em representações sociais.** Rio de Janeiro: UERJ, 1998.

SZASZ, T. S. **A fabricação da loucura: um estudo comparativo entre a Inquisição e o movimento de saúde mental.** 4. ed. Rio de Janeiro: Zahar Editores, 1978.

TROVÃO, A. L. C. **É como se fosse uma caverna escura: representações sociais sobre saúde mental elaboradas por profissionais do PSF de Boqueirão – PB.** 2003. 197f. Dissertação (Mestrado Interdisciplinar em Saúde Coletiva) – Universidade Estadual da Paraíba, Campina Grande.

VELÔSO, T. M. G. A representação social do trabalho alugado ou com a enxada nas costas e o coração preso. **Revista Estudos de Psicologia**, v. 1, n.1, p.26-35, 1996.

VERAS, M. F. A. S. **A loucura entre nós: uma experiência laciana na no país da saúde mental.** Salvador: Fazcultura, 2010.

WAGNER, W. Sócio-gênese e características das representações sociais. In: MOREIRA, A. S. P.; OLIVEIRA, D. C. (Orgs.). **Estudos interdisciplinares de representação social.** Goiânia: AB, 1998. p. 3 – 25.

CAPÍTULO 9

PERFIL DOS PORTADORES DE TRANSTORNOS MENTAIS SEVEROS RESIDENTES EM ZONAS RURAIS DO ALTO SERTÃO PARAIBANO

*Magda Dimenstein
Jáder Ferreira Leite
Victor Farias Silva*

INTRODUÇÃO

A zona rural do alto sertão nordestino é um território repleto de particularidades. Região onde o clima é extremamente seco com umidade relativa que se assemelha ao deserto. Zona marcada não só por condições climáticas difíceis, mas por precariedades do ponto de vista das condições sociais e econômicas. Entretanto, o meio rural é um território rico e complexo, com suas culturas e tradições. É uma região que comporta atualmente uma pluralidade de atividades, não somente relativas ao mundo agrário e ao trabalho doméstico.

De acordo com Ferreira (2002), o rural é um espaço de vida e trabalho, uma paisagem ecológica e cultural que produz representações específicas de pertencimento, de desejos, de relações sociais e projetos de vida. Para a autora, a zona rural é entendida como sendo “território do futuro”, pois abarca potencialidades sociopolítico-vivenciais importantes. É um espaço que, há tempos, deixou de ser homogêneo (composto por personagens ou paisagens exclusivos da região), compondo novos atores, novas formas de produção a

partir da modernização da agricultura e de articulação com a cidade, com seu repertório de saberes e práticas.

Autores que discutem a problemática do campo e a luta pela terra no Brasil, como é o caso de Sauer (2010, p.25), chamam atenção para o processo de “desruralização do mundo moderno” a partir da diluição das fronteiras, das diferenças entre o rural e o urbano e pela incorporação pelas populações rurais de um modo de vida moderno, identificado às cidades, lógica que vem se exacerbando pelos avanços da globalização. Tal perspectiva é a mesma adotada pelo Grupo de Trabalho de Medicina Rural (GTMR), vinculado à Diretoria de Medicina Rural da Sociedade Brasileira de Medicina de Família e Comunidade (SBMFC), que na Declaração de Brasília citada por Ando et al. (2011, p. 143) apontou:

[...] que não há uma forma ideal de se definir rural, especialmente ao se pensar nas recentes e contínuas mudanças ocorridas nas formas de vida contemporânea, as quais tendem a borrar limites e misturar categorias previamente definidoras, não havendo um isolamento absoluto entre áreas rurais e os centros urbanos.

Apesar disso, Sauer (2010) ressalta que não é possível pensarmos em um *continuum* rural-urbano, em uma homogeneização espacial e social, destacando a manutenção de singularidades próprias de cada espaço. Ou seja, mesmo com fronteiras borradas, a vida no meio rural ainda é marcada fortemente pela pobreza, baixa escolaridade, trabalho precarizado, escassez de serviços e recursos, especialmente no Nordeste brasileiro. Em relação à saúde das populações rurais e às características do(s) sistema(s) de saúde, Ando et al. (2011) lembram que elas apresentam, em geral, índices de saúde e de determinantes sociais que causam impacto mais devastadores do que os sofridos pelas populações urbanas; que alguns tipos de problemas de saúde (doenças, acidentes e exposições) são mais frequentes em áreas rurais e que as taxas de cobertura preventiva são piores em áreas rurais. Além disso, há uma grande escassez de

recursos humanos em saúde rural no Brasil e em todo o mundo, bem como o acesso ao sistema de saúde, em todos seus níveis, e a longitudinalidade do cuidado, em geral, são mais difíceis em áreas rurais. É fundamental, portanto, reconhecer que essas particularidades e especificidades que configuram o mundo rural têm repercussão direta sobre os processos de subjetivação, sobre as identidades sociais e modos de vida aí desenvolvidos, aspectos que vão remodelando constantemente a paisagem social.

Nesse sentido, consideramos, com base em Santos, M. (1994), que a zona rural configura-se como um território dinâmico, que abrange aspectos econômicos, sociais, culturais e subjetivos, espaço em constante transformação, arena política onde se articulam diferentes atores sociais, campo de disputa que envolve interesses, valores e modos de vida divergentes e até antagônicos. Trata-se de um território usado, categoria de análise defendida pelo autor, espaço da existência e da coexistência, lugar em permanente movimento e reconfiguração, que “recebe os impactos do mundo” (SOUZA, 2005, p.253), o que lhe confere uma dinâmica própria e provisória.

Isso quer dizer que em se tratando de um território híbrido, a zona rural comporta uma proliferação de formas de trabalho, de hábitos alimentares e de higiene, de interação social, de exercício da sexualidade, de cuidado à saúde e modos de adoecer, os quais estão diretamente associados às condições objetivas de vida, bem como aos valores, tradições e códigos morais aí vigentes. Isso se aplica também à saúde mental e às práticas de cuidado produzidas em relação ao portador de transtornos mentais graves e persistentes. Com base nisso, foi desenvolvida pelo último autor e orientada pelos demais uma pesquisa de Mestrado no Programa de Pós-Graduação em Psicologia da Universidade Federal do Rio Grande do Norte (UFRN), intitulada “Práticas e estratégias de cuidado por familiares de transtornos mentais severos residentes na zona rural do alto sertão paraibano”, a qual contou com o apoio financeiro do Conselho Nacional de Pesquisa (CNPq) em forma de bolsa e recursos do PROAP. Essa pesquisa teve como objetivo: a) identificar as estratégias e recursos utilizados pelos familiares no cuidado ao

portador de transtornos mentais que não está vinculado ao CAPS; b) investigar os fatores relacionados a não utilização de serviços substitutos pelo portador de transtornos mentais severos residentes das zonas rurais; c) mapear as práticas familiares de suporte à crise psiquiátrica.

Nesse capítulo, nosso foco está voltado para o delineamento do perfil dos usuários de um Centro de Atenção Psicossocial (CAPS I) da cidade de Cajazeiras-PB, localizada no alto sertão paraibano, ponto de partida da investigação. Nosso objetivo é apresentar esse perfil a partir da composição das seguintes categorias: sexo, idade, estado civil, escolaridade, situação laboral, hipótese diagnóstica, município de moradia, distância entre a residência e o serviço de saúde mental, número de internações psiquiátricas e último registro de uso do CAPS. Antes disso, apresentaremos brevemente um panorama da saúde mental em contextos rurais.

O CUIDADO EM SAÚDE MENTAL EM CONTEXTOS RURAIS

A desinstitucionalização e a efetiva reintegração das pessoas com transtornos mentais graves e persistentes na comunidade compõem uma realidade que já pode ser reconhecida em âmbito nacional nos permitindo afirmar que, nos últimos anos, o Sistema Único de Saúde (SUS) vem encampando preocupações relativas à saúde mental. É indicativo da ampliação do princípio da integralidade, nesses mais de 20 anos de SUS, o processo de implantação de uma rede de cuidados em saúde mental. Essa rede de atenção psicossocial/RAPS é formada principalmente pelos centros de atenção psicossocial (CAPS), que devem ser serviços substitutivos e não complementares ao hospital psiquiátrico.

Dentre seus princípios de funcionamento, está presente o trabalho de base territorial e comunitária, no qual seu papel é de ser o ordenador da rede de cuidados ao portador de transtornos mentais, com o objetivo de operar o processo de reabilitação psicossocial e reinserção social. Hoje, podemos observar uma expansão e interiorização dos diversos serviços que compõem a rede de saúde mental pelo país e a consequente diminuição no número de leitos (passou de 39.567 em 2006 para 32.735 em 2010) e de internações

em hospitais psiquiátricos (BRASIL, 2011a).

Os avanços na estruturação dessa rede são inegáveis. Porém, apesar da ampliação de uma rede de cuidados em saúde mental que indica o avanço do processo de Reforma Psiquiátrica brasileira, torna-se imprescindível enfrentar novas questões, como a ampliação desse modelo de atenção para os contextos rurais. De uma forma geral, a situação da saúde mental na América Latina e Caribe é um desafio para a saúde pública. Sobre isso, Saraceno et al. (2005, p. 235) comentam:

En América Latina y el Caribe, la brecha de atención de los trastornos mentales es grande. Los estudios que aportaron datos sobre el déficit de tratamiento dieron cifras correspondientes a la utilización de servicios en distintos períodos, entre ellos el último mes, los últimos seis meses, el último año y toda la vida. En las muestras examinadas, más de la tercera parte de las personas con una psicosis no afectiva, más de la mitad de las que padecían trastornos de ansiedad y alrededor de tres cuartas partes de las que tenían problemas relacionados con el consumo de alcohol no recibieron ningún tratamiento psiquiátrico e nel sistema de salud formal.

A escassez de estudos sobre a prevalência de transtornos mentais e de intervenção com populações rurais é uma evidência não só em nível nacional. Porém, as publicações disponíveis sobre morbidade psiquiátrica em área rural geralmente fazem referência à alta prevalência de transtornos mentais em comparação com os dados de áreas urbanas, indicando a necessidade de políticas específicas voltadas a essas populações, reforçando os princípios de integralidade e equidade que norteiam o SUS. Tais pesquisas nacionais (FARIA et al., 1999; FARIA et al., 2000; LEVIGARD; ROZEMBERG, 2004; SANTOS, J.C.B, 2011; FONTOURA JÚNIOR et al., 2011) apontam alguns fatores associados à morbidade psiquiátrica em

áreas rurais: exposição aos agrotóxicos, inseticidas, pesticidas e adubos, sem proteção adequada para o corpo, carga pesada de trabalho diária, piores condições de escolaridade e de infraestrutura tecnológica para a produção, e até “a migração dos jovens para a cidade, que ao esvaziar os lares rurais poderia estar contribuindo para o aumento de prevalência da morbidade psiquiátrica” (FARIA et al., 1999, p.398).

Ademais, esses estudos identificam alguns desafios importantes presentes na zona rural que afetam a saúde mental tais como a precária disponibilidade dos serviços de saúde, e os que existem

não têm condições de responder aos problemas que estejam situados além do campo das doenças infectocontagiosas, como é o caso das doenças inespecíficas e das doenças do trabalho, uma vez que os seus profissionais não estão capacitados para atender a esse tipo de demanda (SCHWARTZ, 2002, p.175).

Dentre esses desafios podemos destacar as longas distâncias que os moradores das zonas rurais precisam percorrer para ter acesso ao serviço de saúde e à assistência especializada, fato que acaba estimulando a prática da automedicação; dificuldade de desenvolver outra atividade laborativa para além da agricultura, especialmente nos períodos de estiagem e tendência em viver em isolamento, em lugares com poucos eventos sociais ou comunitários, dificultando novas sociabilidades e estratégias de apoio social.

Sobre isso, Costa e Ludermir (2005, p.74) identificaram uma associação entre saúde mental e apoio social definido como o “suporte emocional ou prático dado pela família e/ou amigos na forma de afeto, companhia, assistência e informação, tudo que faz o indivíduo sentir-se amado, estimado, cuidado, valorizado e seguro”, o qual habilita o sujeito a lidar com as situações estressoras e quando ausente aumenta a suscetibilidade às enfermidades. No estudo realizado com moradores de uma comunidade rural da zona da mata pernambucana, ficou evidenciada a prevalência mais alta de

transtornos mentais comuns naqueles que contavam menor nível de apoio social.

Scopinho (2010, p.1580) chama atenção em sua pesquisa realizada em assentamentos de reforma agrária para o desgaste psíquico e sentimento de desamparo provocado pela ausência de “condições objetivas para projetar a vida e o futuro” como um elemento que afetava a saúde dos trabalhadores. O trabalho realizado por Alessi e Navarro (1997) revela que os trabalhadores da cultura canavieira em Ribeirão Preto apresentam altos padrões de desgaste biopsíquico, incluindo o alcoolismo e stress, em função das modificações na agroindústria, o que tem produzido exclusão social, migração para a cidade e pauperização do agricultor. Levigard e Rozemberg (2004), ao discutirem sobre a saúde mental no meio rural, apontam também para o aumento dos casos de alcoolismo entre os homens e de suicídio, bem como a frequência da queixa “dos nervos” nos trabalhadores residentes em Nova Friburgo/RJ. Alertam que esses trabalhadores fazem uso rotineiramente de neuroléticos, anticonvulsivantes e ansiolíticos, misturados e em dosagens aleatórias, cuja venda pelas farmácias é feita de forma indiscriminada e sem receita, situação recorrente no país como um todo.

Outro aspecto que tem sido alvo de investigações recentes está relacionado à violência no campo, mas especificamente às mulheres. Esse problema geralmente permanece invisível, aparecendo nos serviços de saúde na forma de queixas difusas, como ansiedade, depressão e stress. Sendo a violência um problema que traz sérias consequências para a saúde, entendemos que se constitui em mais um cenário de vulnerabilidade que atinge homens e mulheres nas áreas rurais, não só porque apresenta frequentemente alto grau de letalidade, mas pela morbidade a ela associada. Costa (2012, p.258), ao tratar especificamente da violência contra as mulheres rurais no Rio Grande do Sul

evidencia o não reconhecimento dessa problemática na perspectiva da gestão da saúde e o resultado desse “não reconhecimento” é a constatação da inexistência de agendas locais direcionadas à

problemática da violência contra as mulheres rurais, e a desresponsabilização e o descompromisso da gestão local frente a esse fenômeno. (Grifo da autora).

A vulnerabilidade social das populações rurais é, dessa forma, uma realidade e o impacto disso na saúde é visível tais como as doenças oriundas da sobrecarga de trabalho, da desvalorização, da discriminação, da opressão, da exploração e violência, ressaltadas por vários pesquisadores. Nessa direção, Schwartz (2002) conclui que o adoecer nas famílias rurais é decorrente de elementos como a fragilidade das políticas e programas de saúde que não levam em conta as particularidades culturais do ambiente rural, o modo de viver, adoecer e cuidar próprio das famílias; da falta de articulação entre os serviços de saúde não garantindo a continuidade dos cuidados tanto individuais quanto coletivos, “pois existe uma vulnerabilidade na comunicação/informação entre os profissionais e serviços de referência e contra referência” (SCHWARTZ, 2002, p.179); da falta de lazer, carga laboral excessiva, e principalmente da falta de comunicação, participação e de conhecimento interambiente, aspectos que estão na base de muitas doenças psicossomáticas, alcoolismo, uso indiscriminado de medicamentos, “doença dos nervos”, transtornos psiquiátricos menores e suicídio, que acometem as populações rurais.

Em função desse quadro preocupante, em outubro de 2009, o 49º Conselho Diretivo da Organização Pan-americana de Saúde (PAHO/WHO) aprovou a Estratégia e Plano de Ação em Saúde Mental com o propósito de fortalecer a resposta integrada do setor de saúde e dos demais setores relacionados por meio da implementação de planos apropriados para a promoção da saúde mental e para a prevenção dos transtornos mentais e do abuso de substâncias, assim como o tratamento e a reabilitação. Nesse sentido, intenciona combater o desequilíbrio urbano-rural presente em nível mundial na oferta de cuidados em saúde mental.

No Brasil, segundo a IV Conferência Nacional de Saúde Mental, ocorrida no ano de 2010, algumas medidas com esse intuito foram

propostas em destaque no relatório final deste evento, a saber:

Pactuar o direito a passe livre nos ônibus municipais que fazem o trajeto da zona rural para a cidade aos usuários CAPS e, em caso de necessidade, com direito a acompanhante identificado na carteira, uma vez que estes necessitam de frequência regular no serviço;

[...] Criar CAPS flutuante, com apoio do governo federal, para melhor atender a população ribeirinha da zona rural da Amazônia Legal, respeitando a cultura local e o conhecimento tradicional;

[...] Desenvolver ações que possibilitem a promoção da saúde mental e ações na área de álcool e drogas em populações e contextos vulneráveis, na zona rural, assentamentos, acampamentos da reforma agrária, ribeirinhos, quilombolas, pescadores, indígenas, ciganos, entre outras;

[...] Aproveitar os espaços já existentes e criação de novos espaços e projetos de recreação (academia ao ar livre, salas de recreação, infocentro etc.) culturais (cursos de teatro, aula de música, etc.), esportivos e centros de convivências nas zonas urbana e rural, garantindo a acessibilidade às pessoas com sofrimento psíquico e/ou que fazem uso de álcool e outras drogas, com o objetivo de reinseri-las na sociedade;

[...] Garantir a educação permanente e intersetorial aos trabalhadores de saúde mental e de todos os serviços públicos que tenham interface com a comunidade, incluindo as equipes de emergência que atuam em situações especiais de catástrofes e/ou violência urbana e rural (SUS, 2010, p.48-154).

Em termos de ampliação de medidas, o Ministério da Saúde (BRASIL, 2011b) instituiu, nesse ano, no âmbito do Sistema Único

de Saúde (SUS), a Política Nacional de Saúde Integral das Populações do Campo e da Floresta (2011) com o objetivo de garantir o acesso aos serviços de saúde com resolutividade, qualidade e humanização; contribuir para a redução das vulnerabilidades em saúde das populações do campo e da floresta e contribuir para a melhoria da qualidade de vida, dentre outros, especialmente para camponeses, agricultores familiares, trabalhadores rurais assentados, acampados, assalariados e temporários, populações indígenas; comunidades remanescentes de quilombos; populações que habitam ou usam reservas extrativistas e populações ribeirinhas. Para tanto, conforme a referida política de saúde para a população do campo, busca-se a:

Organização e estruturação da rede de serviços do SUS para a população do campo, de forma regionalizada e hierarquizada, com garantia do acesso às ações integrais de atenção básica, de média e de alta complexidade, num modelo de atenção humanizado que dialogue com os princípios do modelo agrícola adotado por cada movimento social organizado no campo e com os princípios do etnode-senvolvimento (BRASIL, 2011c, p.5).

Observamos, portanto, que do ponto de vista da formulação da política pública e da legislação correspondente, as diretrizes básicas já foram delineadas no sentido de criar uma rede de cuidado que leve em conta os indicadores de saúde e os problemas mais frequentes nas áreas rurais, as habilidades e competências requeridas dos profissionais para lidarem com as condições de saúde tipicamente rurais, envolvendo aspectos familiares e comunitários, e possam assim desenvolver cuidados culturalmente sensíveis, congruentes e competentes, nos diversos níveis de atenção, tal como indicados na definição de Spector (1999, p. 67) abaixo:

Culturalmente sensible implica que se poseen unos conocimientos básicos y unas actitudes

constructivas hacia las tradiciones de salud observadas em los diversos grupos culturales en el lugar en que se está trabajando. Culturalmente congruente implica que se aplican los conocimientos anteriores subyacentes que se deben poseer para proporcionar a un paciente dado los mejores cuidados de salud posibles. Culturalmente competentes implica que dentro de los cuidados prestados se comprende y se presta atención a la totalidad del contexto de la situación del paciente. Es una compleja combinación de conocimientos, actitudes y habilidades.

Sabendo-se do impacto e da carga provocada pelos transtornos mentais já que produzem sofrimento, causam incapacidades e podem até reduzir os anos de vida, assim como da necessidade de cuidados continuados em relação às doenças crônicas, consideramos necessário construir estratégias para incorporar os cuidados primários em saúde mental, já que a atenção primária apresenta grande potencial de solucionar boa parte dos problemas de acordo com os princípios da territorialização e responsabilização sanitária. É urgente a ampliação das equipes da Estratégia de Saúde da Família e dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família para o trabalho focado nas comunidades rurais, realizando ações desde a detecção precoce e manejo dos transtornos até a continuidade de cuidados. Essas ações devem ser prioritariamente realizadas no entorno familiar e comunitário, evitando a deterioração das capacidades e funcionamento social, assim como o isolamento, o abandono e o risco de institucionalização dos portadores de transtornos mentais.

PERCURSO METODOLÓGICO

Nossa pesquisa foi estruturada metodologicamente visando atender aos objetivos anteriormente indicados. Constou de duas etapas, sendo a primeira delas a realização de análise dos prontuários dos usuários disponibilizados pelo CAPS I. As visitas domiciliares e entrevistas semiestruturadas com os cuidadores (familiares ou

representantes) em suas residências foram os procedimentos realizados na segunda etapa. Nessa primeira etapa, elegemos os seguintes critérios para inclusão dos participantes: a) usuários residentes na zona rural, com transtornos mentais severos, que tinham histórico de pelo menos uma internação psiquiátrica; b) usuários que tinham deixado de fazer uso do serviço de saúde mental há pelo menos um ano. A coleta de dados foi realizada durante dois meses e meio, diariamente, nos horários de funcionamento regular do Centro de Atenção Psicossocial. O pacote estatístico para as Ciências Sociais (SPSS) bem como o Software Microsoft Excel foram utilizados como ferramentas de apoio à sistematização e organização dos dados dos prontuários.

Foi inicialmente identificado um total de 4.020 prontuários registrados desde 2001 até janeiro de 2012, incluindo moradores das zonas urbana e rural. Tais documentos incluíam os arquivos ditos “mortos” – usuários que deixaram o serviço há mais de um ano – e aqueles denominados de “quarentena” – usuários que deixaram o serviço de seis meses a um ano. Desse total, 1.030 prontuários eram referentes aos moradores da zona rural. Após aplicação dos critérios de inclusão, chegamos ao quantitativo de 56 pessoas com transtornos mentais com histórico de internação psiquiátrica e que não faziam uso do serviço de saúde mental há pelo menos um ano, constituindo nosso foco de investigação e cujo perfil levantado a partir dos prontuários consultados, apresentaremos a seguir.

RESULTADOS

Sexo

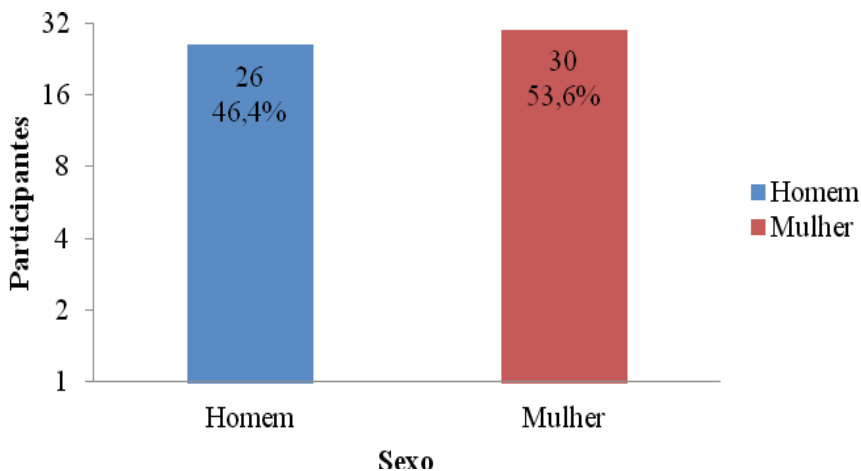


Gráfico 1 – Distribuição dos participantes por sexo

Fonte: Dados da pesquisa.

FAIXA ETÁRIA

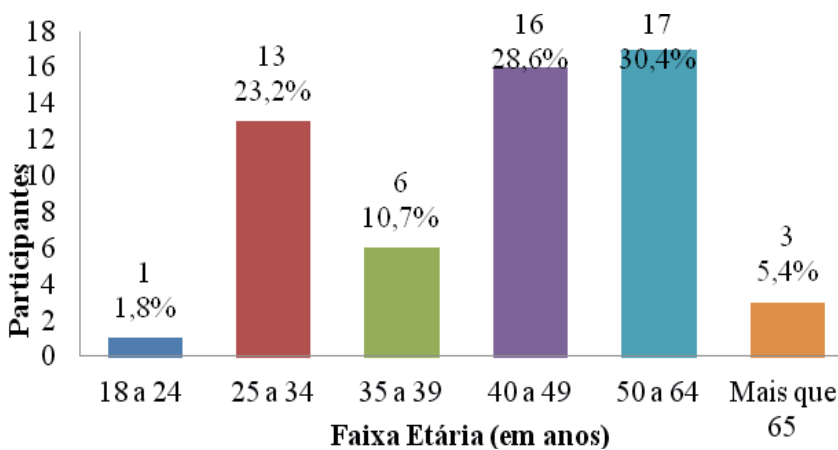


Gráfico 2 – Distribuição dos participantes por faixa etária

Fonte: Dados da pesquisa.

MUNICÍPIO DE MORADIA

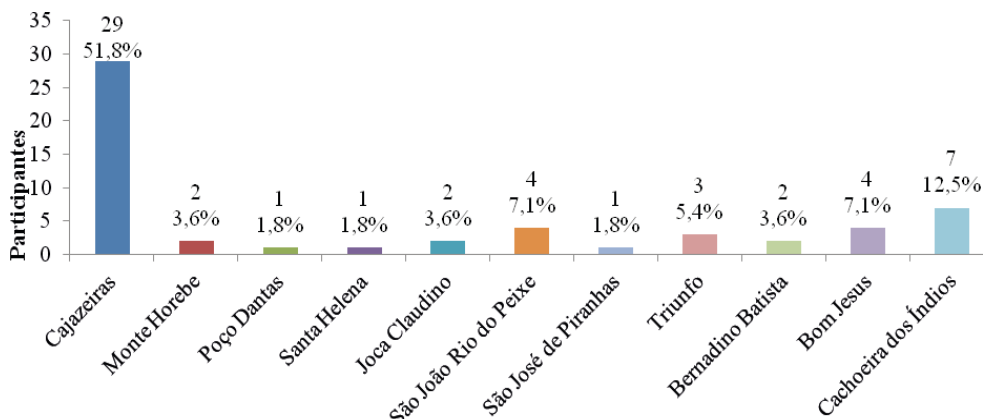


Gráfico 3 – Distribuição dos participantes por município de moradia

Fonte: Dados da pesquisa.

DISTÂNCIA RESIDÊNCIA - CAPS (EM KMS)

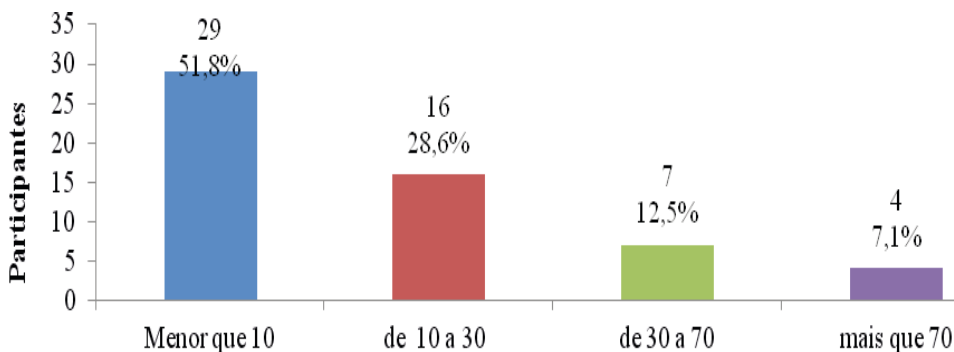


Gráfico 4 - Distância entre residência dos usuários e o serviço de saúde (CAPS)

Fonte: Dados da pesquisa.

ESCOLARIDADE

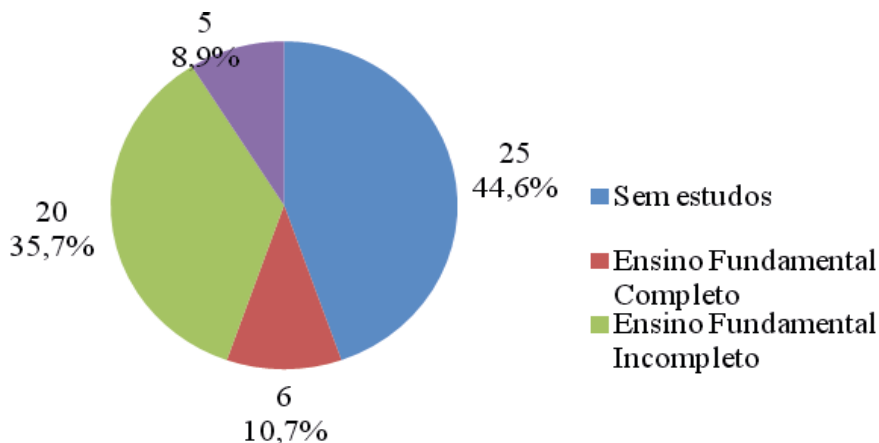


Gráfico 5 – Distribuição dos participantes por escolaridade

Fonte: Dados da pesquisa.

ESTADO CIVIL

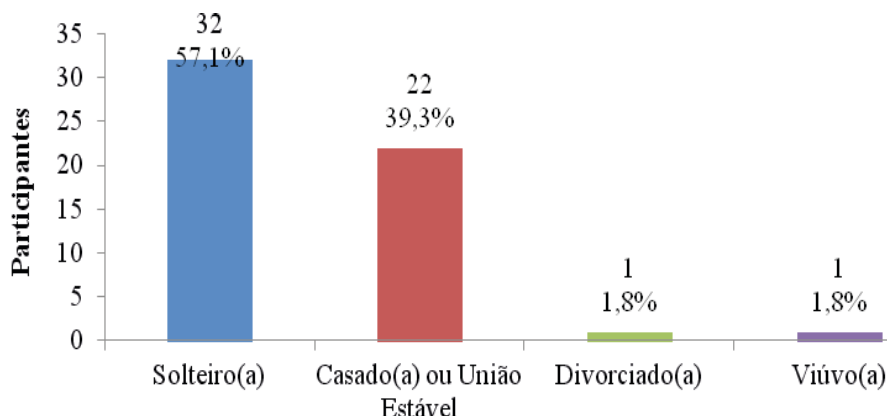


Gráfico 6 – Distribuição dos participantes por estado civil

Fonte: Dados da pesquisa.

SITUAÇÃO LABORAL

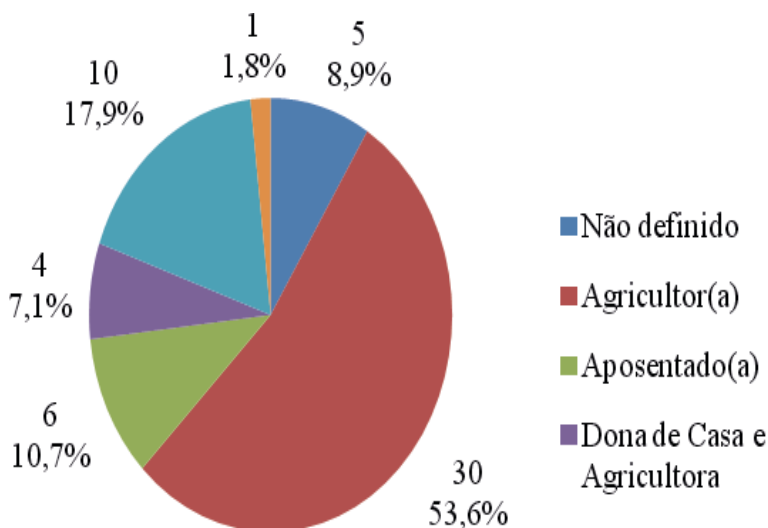
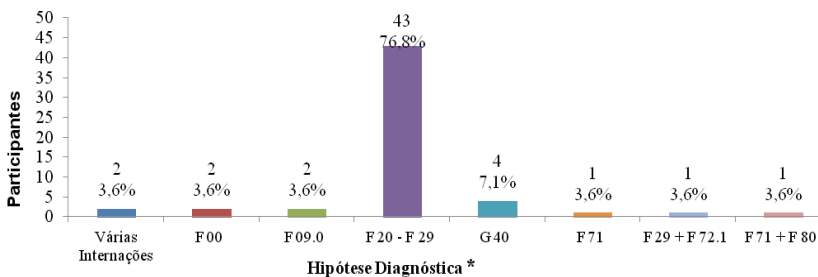


Gráfico 7 – Distribuição dos participantes por situação laboral

Fonte: Dados da pesquisa.

HIPÓTESE DIAGNÓSTICA



**Classificação de acordo com o CID-10 (Classificação Internacional das Doenças), em anexo.*

Gráfico 8 – Distribuição dos participantes por hipótese diagnóstica

Fonte: Dados da pesquisa.

ÚLTIMO REGISTRO DE USO DO CAPS

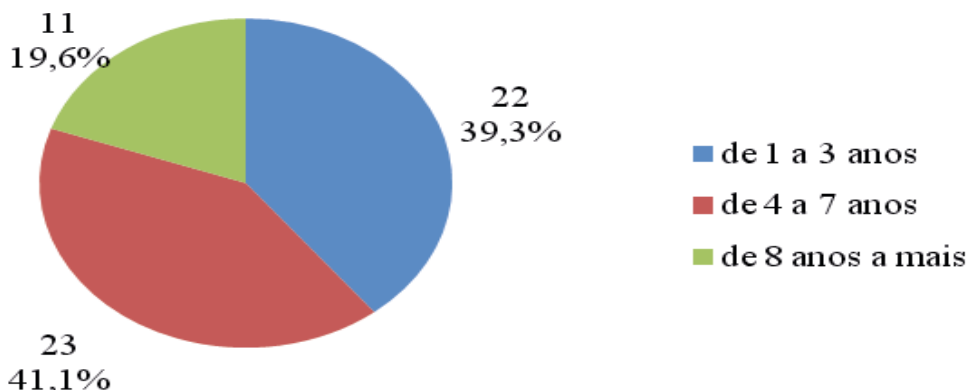


Gráfico 9 – Distribuição dos participantes por último registro de uso do serviço (CAPS)

Fonte: Dados da pesquisa.

PERFIL DOS PORTADORES DE TRANSTORNOS MENTAIS SEVEROS RESIDENTES EM ZONAS RURAIS DO ALTO SERTÃO PARAIBANO

Os dados anteriormente apresentados demonstram que há uma distribuição equivalente entre homens (26; 46,4%) e mulheres (30; 53,6%) portadores de transtornos mentais graves e persistentes. Os 56 participantes da pesquisa ficaram distribuídos prioritariamente em três faixas etárias: de 25 a 34 anos (13; 23,2%), de 40 a 49 anos (16; 28,6%) e de 50 a 64 anos (17; 30%), indicando que há demandas de diferentes idades.

A respeito das hipóteses diagnósticas, pesquisadas nos prontuários, a grande maioria (43; 76,8%), segundo Classificação Internacional de Transtornos Mentais CID-10, está situada dentre os transtornos esquizofrênicos (F20 a F29) nas suas diversas modalidades. Houve pouco registro de casos de retardo mental e epilepsia. Em se tratando de situações crônicas que afetam a capacidade de autonomia e organização das atividades do dia a dia, de estabelecimento de relações sociais e afetivas, de aprendizagem e de trabalho, bem como estão associadas, em alguns casos, a episódios de crise,

com agressividade, isolamento, descuido de hábitos de higiene, necessitando de cuidados sistemáticos e continuados, tornam-se fonte de preocupação constante para as famílias e cuidadores, gerando, conseqüentemente, sobrecarga física, emocional e financeira para os mesmos.

Essa situação evidencia a importância de traçar linhas de ação que contemplem não só as características e necessidades dos portadores de transtornos mentais, mas as demandas dos familiares em termos de suporte para que operem, de fato, como eixos sustentadores de cuidado qualificado em associação com recursos da rede socio sanitária local. Elsen et al (2009, p. 11), no estudo com famílias que vivenciam a doença crônica em seu cotidiano, perceberam:

A importância das redes de apoio da família para o enfrentamento da doença, mas também mostraram que é fundamental investir na qualificação de profissionais para atuarem com famílias, na adequação das instituições de saúde e nas políticas públicas voltadas às famílias, com planos e ações concretos no sentido de tornar realidade as propostas do SUS, promovendo o fácil acesso aos serviços de saúde às famílias sempre que deles necessitarem.

Os usuários pesquisados estão distribuídos em 16 municípios de referência do CAPS I, sendo que 29 (51,8%) residem nos arredores (zona rural) da cidade de Cajazeiras, enquanto 27 (48,2%) residem nos demais municípios. Isso significa que a maioria vive a uma distância média de 10 kms do serviço de saúde. Somente 16 usuários (28,6%) moram em zonas que estão entre 10 e 30 kms, 7 (12,5%) de 30 a 70kms e muito poucos vivem em localidades distantes, mais de 70kms do CAPS I (4; 7,1%). Em relação ao último registro de uso do serviço, observamos que os participantes ficaram distribuídos em três faixas: de 1 a 3 anos (22; 39,3%); de 4 a 7 anos (23; 41,1%) e mais de 8 anos (11; 19,6%). Notamos que quanto mais perto o usuário mora do serviço de saúde, maior o índice de abandono do tratamento, dado surpreendente, o que nos leva a

considerar que a distância entre a residência do usuário e o serviço de saúde não foi detectada como fator significativo. Partindo do princípio de que a ocorrência de abandono de tratamento psiquiátrico de nível secundário é uma relevante “questão clínica e econômica” tal como referida por Ribeiro et al. (2007), entendemos que outros fatores podem estar associados a isso, tais como o analfabetismo, não serem jovens, serem solteiros, ausência de apoio social, ter renda entre um e dois salários mínimos, que limita o uso de transporte e o deslocamento dessas pessoas até o serviço de atenção psicossocial.

A sobrecarga familiar é outro elemento que não pode ser considerado já que as mulheres, frequentemente as cuidadoras apresentam excesso de atividades no cotidiano, sem oportunidades de lazer e descanso. O estudo de Campos e Soares (2005, p. 219), sobre representação da sobrecarga familiar e adesão aos serviços alternativos em saúde mental, pontua que

os resultados permitem supor que a sobrecarga emocional é percebida como sendo a mais difícil de enfrentar e indicam a existência de seu efeito sobre a adesão. Por outro lado, as variáveis de gênero e classe social aparecem como macro reguladores desta sobrecarga.

Isso quer dizer que em se tratando de mulheres, com baixa renda, responsáveis pela família, em particular pelas situações de adoecimento, tudo isso produz impacto em termos de sobrecarga no cuidador e conseqüentemente gera situações adversas para o tratamento do portador de transtorno mental em termos de deslocamento e utilização do serviço de saúde.

Além disso, os dados acerca da relação entre a distância da residência e o abandono do tratamento revelam aspectos quanto à qualidade da assistência prestada, muito provavelmente com abordagens de cuidado pouco interativas e ineficazes, que não levam em conta os modos de viver e os estilos de vida dessa população. Tomando como referência as discussões sobre os determinantes

sociais da saúde/DSS, que ressaltam a complexidade e multidimensionalidade envolvidas na produção de saúde e doença, conforme aponta o modelo de Dahlgren e Whitehead (GUNNING-SCHERPERS, 1999), entendemos que a organização do trabalho em saúde precisa contemplar diferentes domínios, interferindo desde os macrodeterminantes relacionados às condições econômicas, sociais e ambientais que geram iniquidades e desigualdades nas condições de vida e saúde, nas condições materiais e psicossociais, nas relações de solidariedade e coesão social, na organização comunitária, até aspectos que dizem respeito aos estilos de vida, as singularidades das pessoas e famílias em contextos culturais particulares. Trata-se, portanto, de um problema complexo e multidimensional que requer das equipes e gestores uma reflexão no sentido de adequar as intervenções ao meio rural, garantir o acesso e a qualidade da atenção. De acordo com a Declaração de Brasília (2011, p. 143), em relação à prática dos profissionais e serviços de saúde,

são necessárias competências específicas para lidar com condições de saúde tipicamente rurais. Em geral, deve haver uma ampliação da escala de habilidades no que diz respeito ao manejo integral e sócio familiar da pessoa, incluindo competência dialógica intercultural.

Cajazeiras possui 62 estabelecimentos de saúde, dos quais 31 são públicos (IBGE, 2010). A rede de atenção psicossocial (RAPS) é composta por 01 CAPS I, 01 CAPS infantojuvenil e 01 CAPSad. Além disso, conta com uma equipe do Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF), uma equipe de Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU) e um Hospital Geral sem leito de atenção integral. Vale salientar a existência de um Hospital Psiquiátrico, há 35 anos, responde também pela atenção em saúde mental. Toda e qualquer demanda de saúde mental do território compreendido pelos 16 municípios do consórcio - muitos desses localizados a mais de 100 km de distância - deve ser atendida pela Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) supracitada. Apesar desse contexto diversificado de

instituições de saúde e de possibilidades de tratamento e cuidado, há um número expressivo de pessoas com transtornos mentais severos que não fazem uso de quaisquer desses serviços.

Isso demonstra não só a dificuldade de acesso já mencionada, mas o desconhecimento por parte das equipes de saúde mental, a escassez de estratégias para vincular essas pessoas à rede e ausência de continuidade de cuidados. Pesquisa realizada por Marcelino (2010), com o objetivo de avaliar a ESF em 39 municípios rurais do Estado da Paraíba, revelou dois fatores problemáticos: acessibilidade/acolhimento e a estrutura de atendimento. Como desdobramento, observou que os moradores dessas regiões avaliam negativamente a estrutura física e material dos serviços, os recursos humanos, a referência e contrarreferência na rede de saúde, as formas de cuidado ofertadas pelas equipes, enfim, aspectos que indicam que além da precariedade em termos de serviços, há problemas relacionados à qualidade da atenção prestada, o que pode nos ajudar a compreender porque muitos usuários e familiares preferem não buscar ajuda da rede de saúde do Estado.

Diante disso, de que forma se configuram as práticas de cuidado no que tange a saúde mental nesses territórios? Se não usam os serviços de saúde disponíveis pela RAPS ou outros estabelecimentos de saúde da região, quais as estratégias e recursos que as famílias utilizam no cuidado aos portadores de transtornos mentais severos que residem na zona rural? Diante das crises, o que as famílias fazem? Conhecer as práticas de cuidado em saúde mental por familiares residentes nas zonas rurais, apresentadas em Silva, Dimenstein e Leite (2013), ajudou-nos a problematizar o “poder de alcance” dos serviços substitutivos, além do alinhamento desses dispositivos às diretrizes de integralidade e intersetorialidade do SUS. Verificamos dificuldades nesse sentido, especialmente quando se trata da atenção psicossocial. Quanto aos recursos utilizados, detectamos que os cuidadores fazem uso de recursos variados: religiosos, laborais, medicamentosos e comunitários no cuidado aos Portadores de Transtornos Mentais Severos (PTMS). Constatou-se que algumas das práticas de cuidado estão ancoradas no modelo asilar, pois reproduzem modos de atenção à saúde mental que

privam, prendem, isolam ou destituem os PTMS de sua liberdade/ autonomia. Verificamos também estratégias que favorecem a convivência coletiva, enriquecida pelos aparatos culturais e sabedoria popular. Assim, é de extrema importância que os serviços de saúde conheçam os cuidados praticados por famílias das zonas rurais, a fim de construir estratégias mais eficientes de suporte ou apoio às demandas desses usuários.

Quanto ao nível de escolaridade, um considerável número de participantes está na categoria “sem estudos” (25; 44,6%); 20 (35,7%) possuem o ensino fundamental incompleto; 6 (10,7%) o ensino fundamental completo e 5 (8,9%) o ensino médio completo. O baixo nível de escolaridade sinalizado corrobora achados de pesquisas anteriores (ALBUQUERQUE; MARTINS; NEVES, 2008; ARAÚJO et al., 2007;; BUDÓ; SAUPE, 2005; COSTA; LUDERMIR, 2005; FERNANDES; BOEHS, 2011; GOMES; ROSEMBERG, 2000; KASSOUF, 2005; MORAIS; RODRIGUES; GERHARDT, 2008; THUM et al., 2011; RIQUINHO; GERHARDT, 2010; RIQUINHO, 2009; RIGO; PASKULIN; MORAIS, 2010). De acordo com Batistella (2007), a escolaridade é um elemento fundamental quando nos referimos aos determinantes de saúde. Para o autor, o nível de escolaridade impacta diretamente no desenvolvimento de práticas de promoção, prevenção e recuperação da saúde. Além disso, o autor chama atenção para o fato de a baixa escolaridade influenciar negativamente na formulação de conceitos de autocuidado em saúde, na noção da conservação ambiental e no senso de atuação do indivíduo como cidadão em contextos coletivos. O baixo nível de escolaridade influencia diretamente na forma com que a pessoa organiza seu espaço e sua vida, melhor dizendo, impacta nas possíveis articulações para efetivação do cuidado e da produção de saúde das pessoas com transtornos mentais severos residentes nas zonas rurais.

A respeito do estado civil dos usuários 32 (57,1%) estão na condição de “solteiros(as)”. Na categoria “casados(as) ou juntos”, são 22 (39,3%). Apenas 1 usuário está divorciado (1,8%) ou viúvo (1,8%). Muitos estudos apontam que a presença de transtornos mentais é um elemento que dificulta as relações de matrimônio e vida conjugal.

No tocante à situação laboral, 30 (53,6%) são agricultores(as). Registramos também pessoas aposentadas, donas de casa, as quais representaram 17,9% dos participantes. O personagem do “agricultor” é central em trabalhos onde o foco é a zona rural. A agricultura liga o homem a terra, ao campo e traz identidade as pessoas que nesse contexto residem. Thum et al. (2011) chamam atenção para o fato de que o trabalho na agricultura é marco divisor – no que tange a ocupação na zona rural – entre homens e mulheres. A mulher aqui ocupa, geralmente, lugar de subordinação, realiza atividades ligadas a casa ou à vida doméstica, bem como a atividades que abrangem o campo e os cuidados com a família, alimentação, saúde, educação e higiene, desocupando-se quase que completamente da roça, da produção agrícola ou dos “serviços pesados” próprios dos homens. Tal posição chama atenção para o fato da mulher no campo, normalmente, se ocupar com tarefas rotineiras e “pouco valorizadas”. Tarefas essas que resumem o papel da mulher às atividades “mais simples”, fáceis de serem executadas, enquanto que os homens participam mais ativamente da vida ligada à produção na terra.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os dados aqui apresentados revelam uma situação preocupante: o cuidado em saúde mental nas áreas rurais é ainda um enorme desafio para o SUS. Por um lado, observamos um alto índice de abandono por parte dos usuários sem nenhuma contrapartida do serviço no sentido de identificar os fatores determinantes e desenvolver estratégias visando atingir essa população que muitas vezes se encontra em situação de vulnerabilidade social (renda, escolaridade, alternativas de lazer, espaços comunitários, etc) e com dificuldades em termos de acessibilidade aos serviços de saúde. Em relação aos fatores de não utilização dos serviços substitutivos pelos PTMS, verificou-se que boa parte dos familiares não usam tais dispositivos por motivos relacionados a não oferta de internação no CAPS I, já que o mesmo não dispõe de leitos. Além disso, constatou-se que a falta de dinheiro e, conseqüentemente, de transporte, impossibilita os familiares de irem constantemente aos serviços substitutivos.

Por outro lado, esse cenário indica a falta de articulação da rede especializada em saúde mental com as equipes de Atenção Primária, que poderiam por meio dos agentes comunitários de saúde e equipes do NASF desenvolver uma busca ativa dos casos e facilitar o vínculo com a rede psicossocial, envolvendo também CRAS e CREAS. Nesse sentido, revelam problemas importantes em termos da estruturação de uma rede diversificada de serviços cuja função é a produção de formas integrais de cuidado, de modo a contribuir para a superação do hospital psiquiátrico como unidade central de tratamento e favorecer a reinserção social.

No que diz respeito à saúde mental, sabemos que uma rede bem articulada, com coordenação entre os serviços e garantia de continuidade de cuidados necessita de integração em todos os âmbitos da saúde, incluindo as atenções primária, secundária e terciária, e articulação com as redes de caráter social, educativo, ocupacional, redes de cuidado informais, grupos de autoajuda, envolvendo usuários, suas famílias e as comunidades. Só assim poderemos diminuir as referências a especialistas, hospitais psiquiátricos e superar o modo de atenção asilar, produtor de iatrogenia e exclusão social, na medida em que se tecem planos de cuidado que abarcam tanto a atenção ao portador de transtornos mentais, quanto ao seu entorno familiar e social.

Nessa perspectiva, a importância da Atenção Primária em relação à saúde mental em contextos rurais é indiscutível e significativa. Em se tratando de doenças crônicas, como é o caso dos transtornos mentais graves e persistentes, é necessário ter serviços articulados, bem como condições para que as equipes de saúde manejem as demandas específicas dos usuários e de seus familiares, de forma contínua e integral. Mobilizar e coordenar recursos comunitários é fundamental para alcançar corresponsabilização pelo cuidado e fomentar a solidariedade nos espaços da vida cotidiana que, em áreas rurais, são marcados por adversidades ambientais, sociais, econômicas, assim como em relação à estruturação da rede de atenção psicossocial e modos de organização do trabalho em saúde mental, que não levam em conta as particularidades desses contextos.

REFERÊNCIAS

ALBUQUERQUE, F. J. B.; MARTINS, C. R.; NEVES, M. T. S. Bem-estar subjetivo emocional e coping em adultos de baixa renda de ambientes urbano e rural. **Revista Estudos de Psicologia**, v.25, n.4, p.509-516, 2008. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/estpsi/v25n4/a05v25n4.pdf>>. Acesso em: 07 nov. 2012.

ALESSI, N. P.; NAVARRO, V. L. Saúde e trabalho rural: o caso dos trabalhadores da cultura canavieira na região de Ribeirão Preto, São Paulo, Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, v.13, sup.2, p.111-121, 1997. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csp/v13s2/1368.pdf>>. Acesso em: 07 nov. 2012.

ANDO, N. M. et al. DECLARAÇÃO DE BRASÍLIA. O conceito de rural e o cuidado à saúde. **Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade**, v.6, n.19, p. 142-144, 2011. Disponível em: <<http://www.rbmfcc.org.br/index.php/rbmfcc/article/view/390>>. Acesso em: 08 nov. 2012.

ARAÚJO, A. J. et al. Exposição múltipla a agrotóxicos e efeitos à saúde: estudo transversal em amostra de 102 trabalhadores rurais. **Ciência & Saúde Coletiva**, v.12, n.1, p.115-130, 2007. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1413-81232007000100015&script=sci_arttext>. Acesso em: 08 nov. 2012.

BATISTELLA, C. Análise da situação de saúde: principais problemas de saúde da população brasileira. In: Fonseca, A. F.; Corbo, A. D. (Orgs.). **O território e o processo saúde-doença**. Rio de Janeiro: EPSJV/Fiocruz, 2007. p.121 – 158.

BRASIL. Ministério da Saúde. Saúde Mental no Sistema Único de Saúde: as novas fronteiras da Reforma Psiquiátrica. **Relatório de Gestão 2007-2010**. Brasília, 2011a. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/gestao2007_2010.pdf>. Acesso

em: 10 nov. 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Saúde Integral das Populações do Campo e da Floresta**. Brasília, 2011b. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_saude_populacoes_campo.pdf. Acesso em: 20 nov. 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Política de saúde para a população do campo**. Brasília, 2011c. Disponível em: http://dtr2004.saude.gov.br/susdeaz/instrumento/arquivo/12_Politica_pop_campo.pdf. Acesso em: 14 nov. 2012.

BUDÓ, M. L. D.; SAUPE, R. Modos de cuidar em comunidades rurais: a cultura permeando o cuidado de enfermagem. **Texto & Contexto - Enfermagem**, v.14, n.2, p.177-185, 2005. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/tce/v14n2/ao4v14n2.pdf>. Acesso em: 07 nov. 2012.

CAMPOS, P. H. F.; SOARES, C. B. Representação da sobrecarga familiar e adesão aos serviços alternativos em saúde mental. **Psicol. rev. (Belo Horizonte)**, v.11, n.18, p. 219-237, 2005. Disponível em http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1677-11682005000200006&lng=pt&nrm=iso. Acesso em: 13 mar. 2014.

COSTA, A. G.; LUDERMIR, A. B. Transtornos mentais comuns e apoio social: estudo em comunidade rural da Zona da Mata de Pernambuco, Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, v.21, n.1, p.73-79, 2005. Disponível em <http://www.scielo.br/pdf/csp/v21n1/09.pdf>. Acesso em: 10 nov. 2012.

COSTA, M. C. **Violência contra mulheres rurais, agendas públicas municipais e práticas profissionais de saúde: o visível e o invisível na inconsciência do óbvio**. 2012. 317 f. Tese (Doutorado em Enfermagem) – Programa de Pós-graduação em

Enfermagem, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre.

DECLARAÇÃO DE BRASÍLIA. O conceito de rural e o cuidado à saúde. **Rev. Bras Med Fam Comunidade**, v.6, n.19, p.142-144, 2011.

ELSEN, I. et al. O Cuidado profissional às famílias que vivenciam a doença crônica em seu cotidiano. **Cienc Cuid Saude**, n.8, suplemento, p.11-22. 2009.

FARIA, N. M. X. et al. Processo de produção rural e saúde na serra gaúcha: um estudo descritivo. **Caderno de Saúde Pública**, v.16, n.1, p.115-128, 2000. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csp/v16n1/1570.pdf>>. Acesso em: 07 nov. 2012.

FARIA, N. M. X. et al. Estudo transversal sobre saúde mental de agricultores da Serra Gaúcha (Brasil). **Revista de Saúde Pública**, v.33, n.4, p.391-400, 1999. Disponível em: <<http://www.scielosp.org/pdf/rsp/v33n4/0467.pdf>>. Acesso em: 06 nov. 2012.

FERNANDES, G. C. M.; BOEHS, A. E. Contribuições da literatura para a enfermagem de família no contexto rural. **Texto & Contexto - Enfermagem**, v.20, n.4, p.803-811, 2011. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=So104-07072011000400021&script=sciarttext>. Acesso em: 09 nov. 2012.

FERREIRA, A. D. D. Processos e sentidos sociais do rural na contemporaneidade: indagação sobre algumas especificidades brasileiras. **Estudos Sociedade e Agricultura**, v.1, n. 18, p.28-46, 2002. Disponível em: <http://r1.ufrjr.br/esa/art/200204-028-046.pdf>. Acesso em: 07 nov. 2012.

FONTOURA JÚNIOR, E. E. F. et al. Relações de saúde e trabalho em assentamento rural do movimento dos sem-terra na região de fronteira Brasil-Paraguai. **Trabalho, Educação e Saúde**, v. 9, n.3, p.379-397, 2011. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/tes/>

v9n3/v9n3a03.pdf>. Acesso em: 13 dez. 2012.

GOMES, A. A.; ROZEMBERG, B. Condições de vida e saúde mental na zona rural de Nova Friburgo-RJ. **Psicologia: Ciência e Profissão**, v.20, n.4, p. 16-29, 2000. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1414=98932000000400003-267&script=sci_arttext>. Acesso em: 07 nov. 2012.

GUNNING-SCHEPERS, L. J. Models: instruments for evidence based policy. **J Epidemiology Community Health**, n.53, p.263, 1999.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). **Censo demográfico 2010**: características da população por município de moradia. Brasília, 2010. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br/cidadesat/link.php?uf=pb>. Acesso em: 08 nov. 2012.

KASSOUF, A. L. Acesso aos serviços de saúde nas áreas urbana e rural do Brasil. **Revista de Economia e Sociologia Rural**, v.43, n.1, p.29-44, 2005. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/resr/v43n1/25834.pdf>>. Acesso em: 14 nov. 2012.

LEVIGARD, Y. E.; ROZEMBERG, B. A interpretação dos profissionais de saúde acerca das queixas de nervos no meio rural: uma aproximação ao problema das intoxicações por agrotóxicos. **Cadernos de Saúde Pública**, v.20, n.6, p.1515-1524, 2004. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csp/v20n6/08.pdf>>. Acesso em: 09 nov. 2012.

MARCELINO, M. Q. S. **Avaliação da Estratégia de Saúde da Família pelos usuários em municípios rurais paraibanos**. 2010. 166f. Tese (Doutorado em Psicologia Social) – Programa de Pós-graduação em Psicologia Social, Universidade Federal da Paraíba, João Pessoa.

MORAIS, E. P.; RODRIGUES, R. A. P.; GERHARDT, T. E. Os idosos mais velhos no meio rural: realidade de vida e saúde de uma

população do interior gaúcho. **Texto & Contexto - Enfermagem**, v.17, n.2, p.374-383, 2008. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/tce/v17n2/21.pdf>>. Acesso em: 10 nov. 2012.

RIBEIRO, M.S. et al. Fatores associados ao abandono de tratamento em saúde mental em uma unidade de nível secundário do Sistema Municipal de Saúde. **Jornal Brasileiro de Psiquiatria**, v.57, n.1, p.16-22, 2007. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/jbpsiq/v57n1/v57n1a04.pdf>>. Acesso em: 09 nov. 2012.

RIGO, I. I.; PASKULIN, L. M. G.; MORAIS, E. P. Capacidade funcional de idosos de uma comunidade rural do Rio Grande do Sul. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, v. 31, n.2, p.254-261, 2010. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1983-14472010000200008>. Acesso em: 10 nov. 2012.

RIQUINHO, D. L. **A outra face dos determinantes sociais de saúde: subjetividades na construção do cotidiano individual e coletivo em uma comunidade rural**. 2009. 155 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Programa de Pós-graduação em Enfermagem, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre.

RIQUINHO, D. L.; GERHARDT, T. E. Doença e incapacidade: dimensões subjetivas e identidade social do trabalhador rural. **Saúde e Sociedade**, v.19, n.2, p.320-332, 2010. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/sausoc/v19n2/09.pdf>. Acesso em: 05 nov. 2012.

SANTOS, J. C. B. **O movimento dos trabalhadores rurais sem-terra e as relações entre saúde, trabalho e ambiente em um assentamento rural no Estado do Rio de Janeiro**. 2011. 155 f. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) – Programa de Pós-graduação em Saúde Pública, Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca, Rio de Janeiro.

SANTOS, M. **Território globalização e fragmentação**. São

Paulo: Hucitec, 1994.

SARACENO, B. et al. Los trastornos mentales en América Latina y el Caribe: assunto prioritario para la salud publica. **Revista Pan-Americana de Salud Publica**, v. 18, n. 4-5, p. 229-240, 2005. Disponível em: <<http://www.scielosp.org/pdf/rpsp/v18n4-5/28084.pdf>>. Acesso em: 13 dez. 2012.

SAUER, S. **Terra e modernidade: a reinvenção do campo brasileiro**. São Paulo: Expressão Popular, 2010.

SCHWARTZ, E. **O viver, o adoecer e o cuidar das famílias de uma comunidade rural do extremo sul do Brasil: uma perspectiva ecológica**. 2002. 220 f. Tese (Doutorado em Enfermagem) – Programa de Pós-graduação em Enfermagem, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis.

SCOPINHO, R. A. Condições de vida e saúde do trabalhador em assentamento rural. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 15, n. 1, p. 1575-1584, 2010. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232010000700069>. Acesso em: 11 nov. 2012.

SILVA, V. H. F.; DIMENSTEIN, M.; LEITE, J. O cuidado em saúde mental em zonas rurais. **Mental**, ano X, n.19, p.267-285, 2013.

SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE (SUS). **Relatório final da IV Conferência Nacional de Saúde Mental Intersetorial**. Conselho Nacional de Saúde/Ministério da Saúde, Brasília, 2010. Disponível em http://conselho.saude.gov.br/biblioteca/Relatorios/relatorio_final_IVcnsmi_cns.pdf. Acesso em: 29 ago. 2016.

SOUZA, M. A. A. Apresentação: Milton Santos, um revolucionário. **OSAL: Observatorio Social de América Latina**. Año 6, n. 16. Buenos Aires : CLACSO, 2005. Disponível em: <<http://bibliotecavirtual.clacso.org.ar/ar/libros/osal/osal16/D16Santos.pdf>>.

Acesso em: 06 nov. 2012.

SPECTOR, R. Cultura, cuidados de salud y enfermería. **Cultura de los Cuidados**, ano III, n. 6, p.66-72, 1999.

THUM, M. A. et al. Saberes relacionados ao autocuidado entre mulheres da área rural do Sul do Brasil. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, v.32, n.3, p.576-582, 2011. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rgenf/v32n3/20.pdf>. Acesso em: 08 nov. 2012.

CAPÍTULO 10

ENTRE O CUIDAR E O EXCLUIR: CUIDADORES FALANDO SOBRE O TRABALHO NOS SERVIÇOS RESIDENCIAIS TERAPÊUTICOS

*Isaac Alencar Pinto
Pedro de Oliveira Filho*

INTRODUÇÃO

A Reforma Psiquiátrica Brasileira tem buscado novas formas de desinstitucionalizar os usuários de longa permanência em hospitais psiquiátricos. Uma das estratégias utilizadas atualmente é baseada na ideia de reinserir socialmente os egressos de hospitais psiquiátricos por meio dos Serviços Residenciais Terapêuticos (SRT), os quais foram introduzidas no SUS a partir da elaboração da Portaria nº 106/2000, do Ministério da Saúde (BRASIL, 2004).

Tais serviços são definidos, de acordo com a portaria supracitada, como casas inseridas na comunidade, nas quais, os egressos de longas internações psiquiátricas receberiam o cuidado através de sua inserção social e reabilitação psicossocial (BRASIL, 2000).

Vasconcelos (2008) afirma que os SRT permitem uma reapropriação por parte dos moradores, de maneira muito mais efetiva, das dimensões real e simbólica do corpo, do espaço e do tempo, dos usos dos objetos e da criação de vínculos interpessoais. Já o caso inverso, ou seja, a inexistência de moradia constitui um fator altamente estressante, o qual pode acarretar novas crises e novas internações psiquiátricas. A existência de moradia, então, está no cerne

da reinserção social dos moradores, possibilitando o aumento das trocas e do poder contratual dos usuários. O aumento do poder contratual dos usuários deverá ser foco da atenção e do trabalho da equipe técnica que compõe o SRT, o qual é composto, segundo a Portaria nº 106/2000, pelos seguintes profissionais:

a) 01 (um) profissional de nível superior da área de saúde com formação, especialidade ou experiência na área de saúde mental, denominado de Técnico de Referência (TR);

b) 02 (dois) profissionais de nível médio com experiência e/ou capacitação específica em reabilitação psicossocial, denominados “cuidadores”.

A tarefa dos cuidadores é promover a inserção social dos moradores a partir do processo de reabilitação psicossocial. Alguns autores, como Lussi, Pereira e Pereira Junior (2006) afirmam que o objetivo maior da reabilitação psicossocial é permitir que pacientes crônicos desenvolvam ao máximo sua autonomia em ambientes normais. Segundo Hirdes e Kantorski (2004), a reabilitação psicossocial é bastante útil no exercício do cuidar na comunidade, tal como proposto através da desinstitucionalização.

A reabilitação psicossocial, na visão de Saraceno (2001a), não deve ser compreendida como uma técnica que visa apenas permitir que o sujeito passe de um estado de desabilidade para um estado de capacidade. Ao contrário, para o autor, a reabilitação psicossocial deve ser compreendida como uma estratégia global que para ser efetivada deve ser capaz de mobilizar os diferentes sujeitos que estão envolvidos em seu processo: usuários, profissionais e comunidade.

Nesse processo, encontramos três eixos a partir dos quais podemos promover o processo de reabilitação dos indivíduos: o morar, a rede social e o trabalho. O morar é visto como um habitar, com todas as implicações que isso supõe: direito à privacidade, expressão de sentimentos, negociação para resolução de problemas cotidianos, etc. A compreensão de rede social se estende da família até a comunidade em geral. É na criação de novos vínculos que os usuários encontram a capacidade de exercerem novas relações contratuais. É no espaço comunitário que o usuário pode mobilizar diversos

recursos no intuito de resolver possíveis problemas. Já o eixo do trabalho deve ser utilizado enquanto possibilidade de trabalhar e de ganhar pelo trabalho, pois é nesse processo que o sujeito se reconhece enquanto sujeito de direito e sujeito de desejo (SARACENO, 1996 apud RANDEMARK, 2009).

O processo de reabilitação psicossocial exige, a partir do exercício dos três eixos, não apenas uma relação entre técnicos e moradores, mas entre os diversos atores envolvidos no funcionamento das instituições que, no caso dos SRT, seriam técnicos, moradores, famílias e comunidade (SANTOS, 2008).

Os técnicos são vistos, dessa forma, como atores fundamentais na construção dos eixos supracitados, servindo como mediadores da relação entre os usuários e o contexto. É nessa medida que se faz necessário o esforço dos técnicos no sentido de adotar estratégias que viabilizem o exercício das potencialidades dos usuários (RANDEMARK, 2009).

Guiada pela ideia de negociação, a reabilitação psicossocial tem apostado no aumento da capacidade relacional do sujeito a partir das trocas sociais. No entanto, Saraceno (2001b) adverte para o perigo de velhas práticas serem retomadas ao utilizarmos a ideologia de capacitar os descapitados numa sociedade forte, pensando a reabilitação psicossocial como um processo de fortalecimento de fraquezas, ou utilizando ideologias populistas que afirmam que os sujeitos mais fracos devem ser auxiliados, pois a sociedade os condenou à marginalidade, reproduzindo, assim, uma condenável retórica reabilitativo-populista.

Neste sentido, Bertolote (2001), em consonância com Saraceno (2001b), afirma que a reabilitação psicossocial deve estar preocupada também com questões relacionadas à linguagem, posto que a reprodução de antigas práticas hospitalocêntricas pode continuar por meio da utilização de determinados conceitos ou da reprodução de velhos posicionamentos.

Interessados em identificar a reprodução de antigas práticas nos cenários onde atuam os atores da reforma psiquiátrica, investigamos neste trabalho as representações discursivas de cuidadores sobre si mesmos e sobre o seu papel no interior dos SRT.

MÉTODO

Os participantes da pesquisa são 11 (onze) cuidadores que atuam nos dois SRT do Distrito Sanitário V da cidade de Recife – PE. Desse, 09 (nove) eram mulheres e 02 (dois) homens, suas idades variavam entre 22 (vinte e dois) e 47 (quarenta e sete) anos e a escolaridade variava entre o ensino médio completo e o superior completo com pós-graduação. Para realização da pesquisa foi utilizado um roteiro de entrevista semiestruturada com questões que versavam sobre o cotidiano dos cuidadores nos SRT e suas atribuições nesses serviços.

Os participantes assinaram um termo de livre consentimento, foram informados dos objetivos da pesquisa e lhes foi garantido tanto o anonimato quanto a possibilidade de revelação velada (SPINK, 2000). Vale lembrar que a realização das entrevistas só ocorreu após a permissão do Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Pernambuco.

As entrevistas foram gravadas, transcritas e, logo depois, foram realizadas cuidadosas e demoradas leituras do material. Em seguida, realizou-se a categorização do corpus discursivo. A categorização consistiu na organização das categorias de interesse, tendo em vista os objetivos do trabalho (POTTER; WETHERELL, 1987; GILL, 1996; GILL, 2008). Em outras palavras, a categorização permitiu transformar grandes partes do discurso em pedaços menores e mais manejáveis (POTTER; WETHERELL, 1987).

Na análise, foi utilizado o referencial teórico da Psicologia Social Discursiva. Nesse sentido, focalizamos nossa atenção no modo como o discurso é construído, na sua forma de organização, nas suas funções (POTTER; WETHERELL, 1987; EDWARDS, 2005; WIGGINS; POTTER, 2007). Trata-se de uma abordagem que, segundo as palavras de Cirilo e Oliveira Filho (2008 p.321), tem interesse especial pelo “modo como o discurso é organizado para tornar determinadas versões da realidade factuais, verdadeiras”.

OS CUIDADORES E O SEU TRABALHO NOS SERVIÇOS RESIDENCIAIS TERAPÊUTICOS

Quando solicitados a falar sobre os primeiros contatos com a

função de cuidador, alguns entrevistados afirmaram desconhecer os serviços substitutivos de atenção em saúde mental e/ou a função de cuidador antes de trabalharem nas residências.

Cuidadora- Na primeira vez, que eu entrei como cuidador, eu achei assim, essa profissão, até o nome eu achava estranha(sic), era muito estranho. O povo perguntava: tu é o que? E eu dizia: cuidador, mas assim, “cuidador...” mas eu achava tão esquisito a palavra cuidador. Agora eu já me acostumei também com o nome cuidador, muitas pessoas já sabe (sic) o que é ser cuidador de residência e outras pessoas não sabe (sic) ainda, a maioria das pessoas (Roberta, 47 anos, ensino médio completo [auxiliar de enfermagem], atua na residência feminina).

Cuidadora - Rapaz, eu não sabia nem o que era na verdade um cuidador de residência terapêutica. Na verdade eu pensei que fosse pra... realmente cuidar de... cuidar de pessoas, mas assim, pensei que fosse uma coisa mais estruturada, né? (Gisele, 28 anos, ensino superior completo [psicologia], atua na residência feminina)

Cuidadora - Assim, ela falou depois, que ela entregou um currículo meu aqui, eu nem sabia. Aí ligaram pra mim, eu fiz: “Oxente, CAPS?”, eu não sabia nem que isso existia! Juro a tu, não sabia não. Que não era muito divulgado, né? Até hoje em dia eu acho que precisa de mais divulgação (Silvana, 28 anos, ensino médio completo [técnica de enfermagem], atua na residência feminina).

Cuidador - Porque, assim, eles mostraram essa parte, pra quem não tinha noção de nada, como eu, não tinha, nunca tive contato com nada disso (Marcos, 32 anos, ensino superior incompleto [enfermagem], atua na residência mista).

Roberta relata uma sensação de estranhamento em relação à profissão, inclusive em relação ao próprio termo “cuidador”. Ela destaca o desconforto que sentia quando lhe perguntavam sobre sua profissão. Quando afirma que a “maioria das pessoas” não sabe o que é um “cuidador de residência”, ela posiciona o cuidador como membro de uma profissão sem reconhecimento social.

Como Roberta, Gisele afirma que desconhecia a profissão de cuidador de “residência terapêutica”. Segundo ela, teria confundido a profissão com aquela em que os profissionais cuidam “de pessoas”. É interessante destacar que, ao relatar que esperava “uma coisa mais estruturada”, a entrevistada critica, moderadamente, mas de maneira inequívoca, o modelo de atuação realizado pelos profissionais tanto da residência na qual ela trabalha, quanto do CAPS ao qual está vinculada.

Silvana constrói seu discurso de maneira a ressaltar o fato de que desconhecia os serviços de saúde mental. Para tanto, ela utiliza uma expressão bastante usada no Nordeste do país e que indica um misto de dúvida e espanto: “Oxente, CAPS?”. Buscando ressaltar ainda mais esse suposto desconhecimento, ela continua de maneira enfática: “eu não sabia nem que isso existia! Juro a tu, não sabia não”. Como na fala de Gisele, há aqui uma crítica ao funcionamento do conjunto de serviços que compõem o modelo que aparece de maneira sutil quando a entrevistada afirma que esses serviços precisam de “mais divulgação”.

O trecho da fala de Marcos foi retirado do contexto onde ele aborda a questão do treinamento que os cuidadores receberam para atuarem nos SRT. Marcos “não tinha noção de nada”, na área de saúde mental, antes de trabalhar como cuidador. E o curso de capacitação que teria feito “abrangeu muito essa parte, pra quem não tinha noção de nada”, e, assim, como os outros cuidadores supercapacitados, também nunca teve “contato com nada disso”.

Esses relatos reforçam a afirmação de Sprigli e Costa (2011), segundo a qual, uma boa atuação dos cuidadores, nos SRT, requer o reconhecimento e valorização de um trabalho ao qual falta uma melhor capacitação. Para as autoras, apesar de não serem capacitados, esses trabalhadores possuem um potencial de relacionamento

com os usuários, possibilitando a abertura de novas perspectivas às perdas que, à primeira vista, podem parecer irreversíveis.

Na prefeitura do Recife, existem três tipos de cuidadores: os que estão nas residências desde a sua inauguração; os que iniciaram suas atividades na residência após serem aprovados no concurso; e os que entraram por meio de contrato após a realização do concurso.

Essas categorias de cuidadores foram mencionadas e hierarquizadas nas falas dos participantes da pesquisa. Destacamos, a seguir, o modo como os cuidadores efetivos posicionam a si próprios no interior da instituição, contrastando suas funções na residência com as dos antigos cuidadores não concursados.

Cuidadora - Primeiro, assim, houve um choque muito grande por que as pessoas que trabalhavam aqui, a maioria não tinha nem nível médio. Então, assim... Era mais assim, o serviço que elas exerciam era mais aquela coisa mecânica, mais de doméstica, de fazer as coisas por elas, de fazer por elas. Então, quando a gente entrou, aí houve primeiro esse choque da gente está tomando o lugar delas, mas aí depois a gente foi mudando, e foi... Assim, aos poucos elas foram percebendo também, porque houve a passagem, né? Do serviço delas pra gente. Então houve meio que as coisas. Então, os moradores ainda ficavam... a gente teve também um pouquinho essa rejeição com... dos moradores com a gente por que isso passava dos trabalhadores, dos cuidadores antigos, e passava pra elas, que a gente veio pra tomar o lugar, que não sei o que, não sei o que. Então, a gente, assim, teve um pouco de resistência, os moradores ficavam meio assim, que queria o pessoal antigo, que isso e aquilo, mas isso foi logo, logo mudado, porque eles foram percebendo o trabalho que a gente foi desenvolvendo, que a gente dava muito mais atenção a eles, a forma de cuidar era diferente e

que isso só veio a trazer ganhos para eles (sic) (Paula, 29 anos, ensino superior completo [psicologia], atua na residência feminina).

Cuidadora - De ser visto aqui como... eh... empregada doméstica. Porque na verdade aqui a gente tenta fazer as coisas com elas, né? Mas... Mas que não pode fazer por elas, né? Mas algumas pessoas, no início, antes do trabalho, antes do... do concurso fazia por elas pra... Economizar, digamos assim, tempo, né? Não tinha paciência de ficar incentivando, né? De ficar... Assim: "bora fazer, bora... Tentar fazer assim, porque assim é melhor", né? Não tinha, não tinha paciência e fazia, né? E o trabalho da gente não é esse. Aí, assim, no início a gente começou a ganhar trezentos reais. Queriam realmente que a gente... Foi exonerado mais de metade das pessoas que foram, que passaram no concurso. Metade foi... saíram, assim... Aí isso tudo foi levando assim. No início teve muita frescura, essas turbulências que fizeram muita gente desistir... (Gisele, 28 anos, ensino superior completo [psicologia], atua na residência feminina).

Cuidadora- A gente da residência, a gente era obrigado... a gente trabalha como cuidador e não como faxineiro, né? A nossa obrigação é cuidar do bem estar do morador. A gente... fazer com que ele tenha autonomia e tal, né? Não é fazer limpeza assim. Então a gente sempre foi estimulado a fazer com que os moradores fizessem as coisas dentro da casa porque é a casa deles, né? E fazendo todo dia eles vão tendo uma autonomia e tal. Mas, no início, a gente era obrigado a ter que ajudar... A gente ajuda, assim, dá um apoio, mas antes queria que a gente fizesse tudo dentro da casa, assim... E hoje em dia, não. A gente tem uma pessoa que de quinze em quinze dias vem fazer uma limpeza

geral na casa, pra ajudar e antes disso era altamente proibido (Silvana, 28 anos, ensino médio completo [técnica de enfermagem], atua na residência feminina).

Cuidadora- Bem, na época, o que me chamou a atenção foi... é... A coisa do... Lembro que quem tava falando era até... Esqueci o nome dela... Enfim, uma moça lá e ela tava falando que como cuidador, quem trabalha com saúde mental tem que estar disposto a tudo, né? E, de alguma forma eu já sabia, por algumas experiências de estágio, mas aí eu ouvia pessoas falarem que cuidador vai fazer o que for, o que tiver que fazer, se tiver que desentupir privada, vai ter que desentupir... Isso assim, conversas... Né?

Entrevistador - Humrum.

Cuidador- E que ela, ela confirmou, meio que essa idéia, a professora lá. Meu Deus, como assim, né?! Cuidador de residência terapêutica vai ter que limpar cocô, vai ter que, não sei o que... Então isso eu lembro que me foi estranho nessa capacitação e... (Claudia, 22 anos, ensino superior completo [psicologia], atua na residência feminina).

Paula afirma que houve um “choque muito grande” inicialmente porque a maioria das pessoas que trabalhavam na residência “não tinha nem nível médio”, exercendo o serviço de maneira “mecânica”, realizando a função de “doméstica”. Em seu relato, posiciona as antigas práticas como práticas exercidas sem a devida reflexão sobre o processo *saber-fazer*. Sugere tacitamente que cuidadores sem curso superior não possuiriam a capacidade de refletir criticamente sobre o seu trabalho, realizando-o de qualquer jeito. Ao utilizar a expressão “não tinha nem nível médio”, ela desqualifica o trabalho realizado pelos antigos cuidadores, retomando uma ideia bastante presente em nossa cultura, que é a de que quanto maior o grau de escolarização do sujeito, melhor será o seu desempenho no mundo do trabalho.

Ela afirma, ainda, que a entrada dos novos cuidadores produziu um “choque”, mas que elas (as cuidadoras antigas) foram aos poucos passando o “serviço delas” para as novas contratadas. Segundo a entrevistada, “houve um pouco de resistência”, por parte dos moradores, pois estes “queriam o pessoal antigo”, mas essa resistência teria cedido tão logo os moradores perceberam que a nova “forma de cuidar” resultava em “muito mais atenção a eles”. Nesse trecho da entrevista, de maneira mais explícita, ela afirma que os novos cuidadores trouxeram “uma forma de cuidar diferente”, e que isso resultou numa melhora da qualidade de vida dos moradores.

Sua fala termina por ressaltar que o processo de mudança não foi um processo realizado subitamente, do “dia para a noite”, e que, isto sim, foi um processo que ocorreu de maneira gradativa. Esse caráter gradativo do processo é colocado em evidência pelo uso de uma série de verbos conjugados no gerúndio, “foi mudando”, “foram percebendo” e “foi desenvolvendo”, todos presentes em contextos discursivos que colocam em foco o repasse gradativo das informações dos cuidadores contratados para os cuidadores concursados.

Assim como na fala de Paula, Gisele afirma que os cuidadores, ainda hoje, são vistos como “empregada doméstica”, uma suposta herança do tempo em que “algumas pessoas, no início”, “antes do concurso”, realizavam as atividades pelos moradores.

Afirma que os novos cuidadores devem fazer com que as moradoras exercitem sua autonomia, buscando não “fazer por elas”. Gisele constrói seu discurso de tal forma a posicionar-se como favorável à ideia de que sua função ali é exercitar a autonomia do sujeito, utilizando o eixo do morar para promover a reabilitação psicossocial, tal como afirma Saraceno (1996 apud RANDEMARK, 2009).

Silvana, assim como Paula e Gisele, também constrói um discurso que distancia os cuidadores de posições tidas como subalternas. Segundo a entrevistada, os cuidadores trabalham “como cuidador e não como faxineiro”. A obrigação do cuidador, em sua perspectiva, “é cuidar do bem estar do morador”, “fazer com que ele tenha autonomia” e “não fazer limpeza”.

A entrevistada reitera, no mesmo trecho, essa argumentação ao

afirmar que sempre foram estimulados “a fazer com que os moradores fizessem as coisas dentro da casa”, e que isso possibilitaria o desenvolvimento da “autonomia” dos moradores, mas, “no início, eram obrigados a “ter que ajudar”.

No entanto, logo em seguida, ela minimiza a ênfase anterior no afastamento dos cuidadores das atividades domésticas ao afirmar que eles ajudam “dando um apoio”, mas hoje existe uma pessoa que auxilia na limpeza da casa de quinze em quinze dias, fato que anteriormente era “altamente proibido”. Em suma, em seu discurso, o trabalho doméstico do cuidador deveria ser algo ocasional, e não o foco da atuação do cuidador no SRT.

Claudia aborda a questão do trabalho doméstico no contexto de uma questão sobre treinamento que os cuidadores concursados receberam ao entrar no SRT. A sua rejeição à execução do trabalho doméstico pelo cuidador nos SRT apresenta-se, de maneira evidente, quando descreve o momento em que teria sido informada das atribuições dos cuidadores: “Meu Deus, como assim, né?! Cuidador de residência terapêutica vai ter que limpar cocô, vai ter que, não sei o que...”

Chama a atenção na parte inicial da fala de Claudia o modo como ela apresenta a capacitação como algo irrelevante, de menor importância. As “formulações sistematicamente vagas” (WETHERELL; POTTER, 1992), compostas de pausas excessivas e de sentenças inacabadas, produzem o efeito mencionado: “o que me chamou a atenção foi, é...”, “a coisa do...” e “lembro que quem tava falando era até...”. Além disso, a palestrante da capacitação é nomeada displicentemente como “a moça lá”. Alguém de cujo nome ela não se recorda.

É importante destacar, nas três primeiras falas, o problema que os cuidadores buscam resolver no momento mesmo em que constroem sua argumentação. Como diferenciar a profissão cuidador da profissão de empregado doméstico, sem parecer que assim o fazem pelo fato de esta última ser uma posição subalterna em nossa sociedade, sem parecer que assim o fazem por puro preconceito? Resolvem esse problema, com maior ou menor sucesso, ressaltando que a não realização dos trabalhos domésticos pelos cuidadores seria

fundamental para a autonomia dos moradores. Apresentam-se, assim, como pessoas motivadas por uma preocupação genuína com a autonomia dos moradores, preocupação que seria amparada nos princípios da reforma psiquiátrica.

Como afirma Potter (1998), devemos lembrar que, ao estudar a conversação, partimos do pressuposto de que o que se diz não se diz por acidente, que as formas das palavras não são imprecisas nem improvisadas, senão que estão desenhadas com todo detalhe para que sejam sensíveis ao seu contexto e ao seu papel na interação.

O que o autor afirma é que as palavras ditas pelo falante não são escolhidas aleatoriamente: o falante utiliza as palavras certas, intencionalmente ou não, para produzir determinados efeitos que, no caso analisado, foi apresentar a distinção entre o trabalho de cuidador, por um lado, e o trabalho de empregado doméstico, por outro, como uma distinção não motivada por interesses pessoais, desinteressada.

É interessante observar que esses discursos que distanciam o trabalho do cuidador dos afazeres domésticos não são sustentados por estudiosos do funcionamento dos SRT (SILVA; AZEVEDO, 2011) que afirmam que o trabalho, nos SRT, requer dos cuidadores a realização de atividades que não seriam típicas da formação profissional de alguns deles, como, por exemplo, auxiliar em tarefas domésticas, ajudar no pagamento de contas, etc., o que abriria espaço para a invenção de novas formas de cuidar.

Mas as entrevistadas não somente tentaram afastar o cuidador dessa posição de empregado doméstico. Em outros momentos das entrevistas, atribuem um conjunto de características pessoais que seriam indispensáveis ao bom cuidador.

Cuidadora- Não é qualquer pessoa que pode ser um cuidador, né? Entendeu? Mexe com muitas questões pessoais, mexe com o jeito mesmo de cada um e com objetivo, cada um quer o que trabalhando como cuidador, né? Só dinheiro, (incompreensível), né? E... E botar como concurso pra se trabalhar com isso, um concurso você

(incompreensível), né? E você tá dentro, já. Né? E aí a gente vê as coisas que acontece: cuidador que agride, cuidador que faz isso, tudo... Então isso me foi estranho, quando eu entrei (...) Lidar com crises, lidar com isso da medicação, efeitos das medicações, não sabe. Entende? Quem quiser, busque, quem não quiser, pode ficar aí trabalhando sem saber (...) De tudo que acontece, de acontecer de qualquer forma, de deixar à mercê dos cuidadores, que podem fazer o que bem entender ali dentro. Foi um ótimo cuidador, que bom! Mas também se não foi pode destruir aquilo ali... (Claudia, 22 anos, ensino superior completo [psicologia], atua na residência feminina).

Cuidadora - O que é ser cuidador? Acho que ser cuidador é uma pessoa que tem que ter paciência com eles. Tentar incentivá-los. Acho que é isso (Joana, 36 anos, ensino médio completo, atua na residência feminina).

Cuidadora - Trabalhar sendo cuidador? Ajudar, né? Ajudar... Se dar, né? Que a gente tem que ter muita tolerância pra trabalhar num lugar assim. E amor, né? Tem que ter amor (Fernanda, 40 anos, ensino médio completo [técnica de enfermagem], atua nas duas residências).

Na fala de Claudia, observa-se a utilização de diversas expressões que responsabilizam os cuidadores pelo sucesso ou fracasso das residências. Nesse sentido, a entrevistada afirma que ser cuidador “mexe com muitas questões pessoais, mexe com o jeito mesmo de cada um”, que “quem quiser” aprender a “lidar com crises” ou conhecer os “efeitos das medicações” que “busque, quem não quiser, pode ficar aí trabalhando sem saber”. Ressalta que, no serviço, há “cuidador que agride”, que o serviço fica “à mercê dos cuidadores”, cuidadores esses que fazem o que bem entendem “ali dentro”. Conclui afirmando que se o cuidador “foi um ótimo cuidador, que

bom”, porém, “se não foi, pode destruir aquilo ali”.

Já para Joana, ser cuidador é uma profissão que exige “ter paciência”. Em seu discurso, Joana afirma, de maneira muito resumida, que ser cuidador é ter “paciência” com os moradores, sempre buscando “incentivá-los.” Discurso semelhante é construído por Fernanda. Ela afirma que trabalhar sendo cuidador é “ajudar”, “se dar”, pois é necessário ter “muita tolerância para trabalhar num lugar assim”, além de ter que “ter amor”. Ao utilizar a expressão “num lugar assim”, a cuidadora sugere tacitamente que o SRT é um lugar desprezível, caracterizado pelo estigma da diferença e da loucura e, por isso, se faz necessário ter tanta “tolerância” para se trabalhar ali.

Nas duas últimas falas, os cuidadores são representados como pessoas pacientes e, principalmente, amorosas, dispostas a doar esse amor no trabalho cotidiano com os moradores. Nessas falas, os atributos indispensáveis aos cuidadores são construídos como uma consequência necessária dos atributos que seriam próprios dos moradores, atributos esses construídos no momento mesmo em que constroem uma imagem de si próprios. Os moradores seriam sujeitos infantilizados, dignos de piedade, enquanto os cuidadores seriam abnegados, dispostos a amá-los e protegê-los.

Esse discurso, profundamente ambíguo, reforça e ao mesmo tempo combate o modelo manicomial. De fato, o cuidado, para ser efetivado, depende de atributos pessoais do cuidador: atributos que se revelam na priorização de qualidades pessoais e relações diretas, em sobreposição às relações mediadas por trabalho e competência técnica (SPRIOLI; COSTA, 2011). No entanto, ao descreverem os moradores do modo como descrevem, terminam por caracterizá-los como seres que necessitam da tutela dos cuidadores, ou seja, pessoas caracterizadas essencialmente pela dependência e incapazes de um mínimo de autonomia e de controle sobre suas próprias vidas, os “bonecos de lata”, nas palavras de Amorim e Diemstein (2009).

Alguns entrevistados também posicionaram os cuidadores, de maneira geral, como profissionais da área de saúde, de nível superior, que, além das qualidades pessoais necessárias ao bom exercício

da função, precisam trabalhar para viver.

Entrevistador - E quem são os cuidadores das residências terapêuticas pra você?

Cuidadora - Quem são os cuida... (risos) Quem são os cuidadores? Olhe... A curto e grosso modo, os cuidadores de residência terapêutica, pra mim, primeiro, que são pessoas muito diversas, assim, diversificadas porque tem pessoas de “n” áreas. Mas... de uma maneira geral são pessoas que... Eu posso falar sobre os daqui?

Entrevistador - Fique a vontade.

Cuidadora - São pessoas que primeiro trabalham, que precisam de dinheiro, né? Em primeiro lugar. São pessoas que tem uma preocupação com os moradores, com cada coisa que acontece aqui, falando daqui (risos). E... Que eu vejo assim, né? E são pessoas que tem determinadas responsabilidades com tudo que acontece aqui dentro.

Entrevistador - Humrum.

Cuidadora - E que precisam estar muito atento às coisas. Mas os cuidadores, de uma maneira geral, cuidadores, essa categoria, digamos assim, cuidador de residência terapêutica são pessoas que são vistas como mais uma peça que trabalha dentro da área... De saúde. Sabe? Pessoas que tem que fazer tudo, pessoas que tem que cuidar, que tem que limpar o chão e que tem que fazer isso e tem que fazer aquilo. Precisam se sujeitar a qualquer coisa, né? Pra mim essa é a visão que se tem dos cuidadores dentro do... da rede, digamos assim. Essa foi a minha visão de cuidador (Claudia, 22 anos, ensino superior completo [psicologia], atua na residência feminina).

Cuidadora - Não sabia que ia ter tanto profissional assim, já formado, porque o concurso, quando a

gente foi ver, só tinha gente formada, né? Era, aqui tem psicólogo, tem TO, tem assistente social, tudo aqui dentro (Gisele, 28 anos, ensino superior completo [psicologia], atua na residência feminina).

Claudia inicia seu discurso tentando apresentar-se como alguém que irá responder à pergunta com sinceridade: em nosso contexto, quando utilizamos a expressão “a curto e grosso modo” indicamos que iremos abordar alguma temática “de maneira direta”, “sem arrodeios”. A cuidadora, então, posiciona os cuidadores como um grupo heterogêneo, caracterizado pela diversidade, afirmando que existem cuidadores de “n” áreas. Observa-se que ela exclui os cuidadores de nível médio: em nossa cultura nós não nos referimos aos trabalhadores de nível médio com o termo “área”, o qual é utilizado para fazer referência aos profissionais de nível superior.

Em seguida, após tentar construir a imagem dos cuidadores “de uma maneira geral”, ela passa a focar os cuidadores “daqui”. Na tentativa de construir, mais uma vez, a ideia de que seu discurso é sincero, a entrevistada afirma que os cuidadores “são pessoas que trabalham, que precisam de dinheiro”. Vale lembrar que a sociedade brasileira tende, de maneira geral, a acolher de maneira positiva a afirmação segundo a qual o dinheiro não deveria ser o principal motivo para as pessoas trabalharem. Em nossa sociedade, o trabalho é visto mais como um meio de dignificar o homem do que uma forma de sustento para o ser humano. Nesse sentido, ao afirmar que “precisam de dinheiro”, deixando implícito que está ali mais por necessidade financeira, do que por opção, a entrevistada apresenta-se, como alguém que emite um discurso autêntico pelo simples fato de afirmar aquilo que poucos diriam num contexto de entrevista.

Logo depois, afirma que os cuidadores são pessoas preocupadas com o bem-estar dos moradores e que têm responsabilidade pelo que acontece na residência, mas, nesse momento, ela afirma tacitamente, ao utilizar expressões como “acontece aqui, falando daqui” e “tudo que acontece aqui dentro”, que seu discurso se refere apenas à residência na qual atua.

No último trecho do discurso supracitado, Claudia afirma que ser “cuidador” é ser visto “como mais uma peça dentro da área... de saúde”, como alguém que necessita “se sujeitar a qualquer coisa”: tem que “cuidar”, “limpar o chão”, etc. Nesse trecho, ao mesmo tempo que revela uma imagem da profissão que deve ser matéria de reflexão e ruminação entre esses profissionais, mais uma vez Paula apresenta-se como uma trabalhadora que prima pela sinceridade e pela autenticidade, afinal não é fácil reconhecer publicamente que sua profissão é vista como uma profissão desqualificada pelos outros profissionais de saúde, uma profissão cujos profissionais se sujeitam a “qualquer coisa”.

Assim como Claudia, Gisele também posiciona os cuidadores como profissionais de diversas áreas. No discurso construído por Gisele, os cuidadores são profissionais de nível superior, “gente formada”, como psicólogo, terapeuta ocupacional, assistente social. Ela exclui os profissionais de nível médio que atuam na residência terapêutica. Ao fazer isso, trilha o caminho contrário ao de Claudia, apresentando sua categoria não como a ralé do campo da saúde mental, as “empregadas domésticas” do campo da saúde mental, mas como um grupo de profissionais preparados e qualificados.

Os cuidadores também se posicionaram como pessoas que construíram um vínculo afetivo com os moradores, ou até mesmo como pessoas que se relacionam com os moradores como se estes fizessem parte de suas famílias.

Cuidadora - Mas eu considero a relação de todos os cuidadores com os moradores muito afetiva, sabe? É... Como eu te falei, acho que a gente tem a sorte de trabalhar com uma equipe que, de uma maneira geral, trabalha muito bem, tem uma relação muito boa, sabe? (Claudia, 22 anos, ensino superior completo [psicologia], atua na residência feminina).

Cuidadora – Cuidadores são pessoas que vivem no dia a dia dos moradores, né? Que sempre está presente, mesmo estando fora a gente tá sempre

pensando neles, né? Mas, assim, a gente cuida deles. Como se eles fossem, é... assim... pessoas da própria família. A gente termina pegando até um vínculo familiar com eles. Por... pelo cuidado que a gente tem com eles, né? E até o dia a dia mesmo, convivência, a gente vive como se morasse aqui também, entendesse? Então a gente cuida dele e ao mesmo tempo a gente termina se apegando a elas e a eles, né? Porque tem homens, também, né? Só (Bruna, 30 anos, ensino superior completo [pedagogia], atua nas duas residências).

Cuidadora - Assim, são todos muito engajados, assim, não tão aqui só por dinheiro, não é só o trabalho por si não, realmente todos tem uma filosofia de mudar mesmo o comportamento dessas pessoas, de ajudarem, porque é como eu também já te disse, tem esse vínculo afetivo. Então as pessoas fazem por amor mesmo, assim, querem ver aniversário, todo mundo se mobiliza para fazer o aniversário delas, natal... Então, assim, é uma coisa muito... e como elas também participam do momento da gente, que eu vou casar agora e tá todo mundo falando: “ah! Não vejo a hora!”, lembram do dia, querem comprar presente pra mim. Então, assim, tem esse vínculo além do trabalho, né? Que é o vínculo afetivo mesmo, que vai além do trabalho que a gente deve exercer na residência (Paula, 29 anos, ensino superior completo [psicologia], atua na residência feminina).

Cuidadora - A gente se apegou. Teve uma que faleceu, eu chorei, a gente chorou, chora. Se apegou demais. Até porque não tem família, a família delas é a gente, né? A gente termina se apegando muito a elas (Gisele, 28 anos, ensino superior completo [psicologia], atua na residência feminina).

Cuidadora - A gente pega um vínculo com elas,

assim, é como se fosse uma família, a segunda família (risos). Tem assim... a gente já teve duas que faleceram e, assim, as duas eram muito apegadas (diz o nome da moradora), era muito apegada com a gente tudinho. Aí faleceram, pra gente foi como se fosse uma pessoa da família (Roberta, 47 anos, ensino médio completo [auxiliar de enfermagem], atua na residência feminina).

Cuidadora - Porque tem gente aqui que não tem família. Então, tem que... a gente tem que fazer o papel de tudo: do cuidador, tem que fazer o papel da família deles, porque eles necessitam de...de... de tudo, de atenção, de amor, de cuidado (Silvana, 28 anos, ensino médio completo [técnica de enfermagem], atua na residência feminina).

Claudia afirma que todos os cuidadores que trabalham com ela estabeleceram uma relação bastante “afetuosa” com os moradores. Em seguida, afirma que tem a sorte de trabalhar com uma equipe “que, de uma maneira geral, trabalha muito bem”. A utilização de tal expressão produz dois efeitos. Por um lado, a afirmação segundo a qual tem sorte de trabalhar com uma equipe que “trabalha muito bem” é uma maneira de apresentar o seu local de trabalho como um espaço livre de maus cuidadores, localizando-os em equipes de outros territórios. Por outro lado, a expressão “de uma maneira geral”, que ressalta que nem sempre a equipe “trabalha muito bem” e “tem uma relação muito boa”, permite apresentar a sua equipe de trabalho como uma equipe normal: uma equipe que tem momentos de relação harmoniosa, assim como também apresenta conflitos, o que torna seu relato mais verossímil.

Segundo Bruna, os cuidadores são pessoas que convivem com os moradores e que estão sempre presentes, inclusive nos momentos de folga, pois eles (os cuidadores) estariam “sempre pensando neles”. Ela afirma ainda que os cuidadores relacionam-se como os moradores como se eles fossem “pessoas da própria família” e que esse cuidado origina um “vínculo familiar com eles”.

É interessante observar que a cuidadora busca explicar esse “vínculo” como um produto da convivência no “dia a dia”, como se o SRT fosse sua segunda casa. Por fim, ela afirma que o cuidado e o apego desenvolvidos na relação com o morador se constituem mutuamente no cotidiano da casa: “a gente cuida dele e ao mesmo tempo a gente termina se apegando a elas e a eles”.

Já Paula afirma que os cuidadores “são todos muito engajados”, que não estão na residência “só por dinheiro”. Para ela, todos os cuidadores “tem uma filosofia de mudar mesmo o comportamento dessas pessoas” que se origina desse “vínculo afetivo”. Paula afirma que o verdadeiro motivo dos cuidadores exercerem sua atividade é fazer “por amor mesmo”, posicionando os cuidadores como pessoas extremamente boas, desapegadas de questões materiais e que estão dispostas a dar carinho, atenção e cuidado, ou seja, tudo o que os moradores necessitariam. Em sua fala, os moradores são sujeitos “carentes” enquanto os cuidadores são pessoas que oferecem “amor” e “carinho”.

A metáfora da família também está presente em sua fala. Assim como em uma família, quando querem fazer “aniversário”, “todo mundo se mobiliza para fazer o aniversário deles”. Em sua fala, não só os cuidadores participam da vida dos moradores, o contrário também é verdadeiro: “elas também participam do momento da gente”. Para tornar mais convincente essa afirmação menciona o seu casamento próximo e a mobilização dos moradores para “presenteá-la”.

Também Gisele mobiliza a metáfora da família para falar das relações entre moradores e cuidadores. Gisele inicia seu discurso afirmando que os cuidadores terminam por se apegar aos moradores. Ela exemplifica esse apego citando o exemplo de uma moradora que “faleceu”, evento esse que teria produzido consternação entre os cuidadores: “a gente chorou” e, ainda hoje, “chora”. Para ela, os cuidadores terminam “se apegando muito a elas”, “até porque” as moradoras da residência “não têm família, a família delas são os cuidadores”.

Usando a mesma metáfora, Roberta afirma que os cuidadores desenvolvem “um vínculo com elas”, “como se fosse uma família, a

segunda família”. Assim como Gisele, ela menciona que duas moradoras “faleceram”, que as duas “eram muito apegadas” com todos os cuidadores e que a morte delas foi sentida como “se fosse uma pessoa da família”.

Silvana, como as cuidadoras supracitadas, mobiliza a imagem da família. Afirma que existem moradores que “não têm família” e, por isso, os cuidadores devem fazer o papel de “tudo”: de cuidador e o “papel da família deles”. Em sua fala, os moradores necessitam de “atenção, de amor, de cuidado” e os cuidadores são aqueles que podem suprir essas necessidades.

Nas falas supracitadas, assim como em outros momentos das entrevistas, o recorrente posicionamento dos moradores como seres dependentes, carentes de afeto, marcados pela falta, com o consequente posicionamento dos cuidadores como aqueles que vão suprir essa falta, aqueles que, por amor, suprirão as necessidades afetivas dos moradores, termina por reproduzir, ainda que em aspectos parciais, a lógica manicomial.

Um autor que nos ajuda a compreender o impacto negativo de tais discursos tradicionais sobre a loucura nas diferentes formas de produzir saúde mental em nosso país é Gergen (2007), ao afirmar que devemos dar menos importância ao enfoque da linguagem como indicador de estados interiores e, isto sim, devemos considerar a linguagem como um meio constituinte das relações sociais.

Segundo o autor, podemos dizer que a linguagem psicológica obtém seu significado e importância na forma em que são usadas na interação humana, ou seja, nas relações sociais. Dessa forma, nos discursos dos cuidadores, conceitos como carência e dependência são utilizados para legitimar a incapacidade desses sujeitos para participar no direcionamento de suas vidas.

Tais discursos nos alertam para a possibilidade, já mencionada por Amorim e Dimenstein (2009), de que a implementação da política de desospitalização no Brasil possa estar, em alguns contextos, reproduzindo a lógica manicomial fora dos muros do hospital.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Em vários relatos, os cuidadores afirmaram desconhecer os serviços

substitutivos de atenção em saúde mental e/ou a função de cuidador antes de trabalharem nas residências.

Outro ponto que merece ser destacado é o contraste entre os cuidadores concursados e os antigos cuidadores não concursados, contraste que apresenta estes últimos como profissionais que atuariam de maneira errada no SRT, e aproximariam, com sua atuação, a profissão de cuidador da profissão de empregada doméstica. Nesses discursos, procuram afastar a profissão de cuidador das profissões tidas como subalternas.

Algumas características pessoais foram apontadas como indispensáveis ao bom desempenho do bom cuidador, dentre elas, a “paciência”, a “tolerância”, o “amor”. Os cuidadores também se posicionaram como pessoas que construíram um “vínculo” com os moradores, que estabeleceram com eles uma relação afetiva que se assemelha àquela que se encontra no interior da família.

As características pessoais supracitadas e o uso da metáfora da família para descrever as relações entre eles e os moradores, não obstante as consequências humanizadoras que podem produzir no cotidiano dos SRT, podem estar funcionando, na medida em que são mobilizados, acompanhados de imagens nas quais os moradores aparecem como incapazes, carentes e infantis, como dispositivos discursivos que impedem um processo efetivo de habilitação psicossocial.

Os discursos analisados neste trabalho mostram que é indispensável dar uma atenção especial aos cuidadores e ao modo como atuam e falam sobre os SRT se quisermos superar o modelo manicomial.

Ouvir com atenção seus discursos, entender como se posicionam e como constroem a realidade é de fundamental importância para que possamos pensar em estratégias de capacitação e de reflexão conjunta com esses profissionais que sejam capazes de gerar novos modos de cuidar dos moradores dos SRT.

REFERÊNCIAS

AMORIM, A. K. M. A.; DIMENSTEIN, M. Desinstitucionalização

em saúde mental e práticas de cuidado no contexto do serviço residencial terapêutico. **Ciência & Saúde Coletiva**, v.14, n.1, p.95-204, 2009.

BERTOLOTE, J. M. Em busca de uma identidade para a reabilitação psicossocial. In: PITTA, A. (Org). **Reabilitação psicossocial no Brasil**. São Paulo: Hucitec, 2001. p.155-158.

BRASIL. **Portaria Ministerial MS nº 106 de 11 de Fevereiro de 2000**. Cria os Serviços Residenciais Terapêuticos em Saúde Mental, no âmbito do Sistema Único de Saúde, para o atendimento ao portador de transtornos mentais, 2000. Disponível em: <<http://portalsaude.saude.gov.br/images/pdf/2015/marco/10/POR-TARIA-106-11-FEVEREIRO-2000.pdf>>. Acesso em: 03 mar. 2010.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Residências Terapêuticas: o que são, para que servem**. 2004. Disponível em: <<http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/120.pdf>>. Acesso em: 01 mar. 2010.

CIRILO, L. S.; OLIVEIRA FILHO, P. Discursos de usuários de um Centro de Atenção Psicossocial – CAPS e de seus familiares. **Psicologia: Ciência & Profissão**, v.28, n.2, p.316-329, 2008.

EDWARDS, D. Psicologia Social Discursiva: unindo teoria e método com um exemplo. In: IÑIGUEZ, L. (Org.). **Manual de análise do discurso em Ciências Sociais**. Petrópolis: Vozes, 2005. p. 181-205.

GERGEN, K. **Construccionismo social: aportes para el debate y la práctica**. Bogotá: Universidad de los Andes, Facultad de Ciencias Sociales, Departamento de Psicología, CESO, Ediciones Uniandes, 2007.

GILL, R. Discourse analysis: practical implementation. In: RICHARDSON, J. T. E. (Org.). **Handbook of qualitative research methods for psychology and social sciences**. London: The

British Psychological Society, 1996. p. 356-377.

GILL, R. Análise de discurso. In: BAUER, M. W.; GASKELL, G. (Orgs.). **Pesquisa qualitativa com texto, imagem e som – um manual prático**. São Paulo: Editora Vozes, 2008. p.244-270.

HIRDES, A.; KANTORSKI, L. P. Reabilitação psicossocial: objetivos, princípios e valores. **Revista de Enfermagem da UERJ**, v.12, n.2, p.217-221, 2004.

LUSSI, I. A. O.; PEREIRA, M. A. O.; PEREIRA JUNIOR, A. A proposta de reabilitação psicossocial de Saraceno: um modelo de auto-organização? **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v.14, n.3, p.448-456, 2006.

POTTER, J. **La representación de la realidad: discurso, retórica y construcción social**. Barcelona: Paidós, 1998.

POTTER, J.; WETHERELL, M. **Discourse and Social Psychology: beyond attitudes and behavior**. London: Sage Publications, 1987.

RANDEMARK, N. F. R. **Reabilitação psicossocial de pessoas com transtorno mental no contexto da reforma psiquiátrica brasileira: representações das famílias**, 2009. 270 f. Tese (Doutorado em Enfermagem Psiquiátrica) – Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo, São Paulo.

SANTOS, G. L. G. **Sobre discursos e práticas: a reabilitação psicossocial pelo “olhar” dos técnicos de referência de um CAPS da Região Metropolitana de Recife**. 2008. 147 f. Dissertação (Mestrado em Psicologia) – Programa de Pós-graduação em Psicologia, Universidade Federal de Pernambuco, Recife.

SARACENO, B. Reabilitação psicossocial: uma estratégia para a passagem do milênio. In: PITTA, A. (Org.). **Reabilitação psicossocial**

no Brasil. São Paulo: Hucitec, 2001a. p.13-18.

SARACENO, B. Reabilitação psicossocial: uma prática à espera de teoria. In: PITTA, A. (Org.). **Reabilitação psicossocial no Brasil.** São Paulo: Hucitec, 2001b. p.150-154.

SILVA, D. S.; AZEVEDO, D. M. A reforma psiquiátrica na visão de quem cuida: percepções de profissionais do serviço residencial terapêutico. **Esc. Anna Nery**, v.15, n.3, p. 587-594, 2011. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-81452011000300021&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 01 mai 2012.

SPINK, M. J. A ética na pesquisa social: da perspectiva prescritiva à interanimação dialógica. **Psico.**, v.31, n.1, p.7-22, 2000.

SPRIOLI, N.; COSTA, M. C. S. Cuidar em novo tempo: o trabalho de cuidadores com pacientes psiquiátricos em moradias. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, v.19, n.5, 2011. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692011000500013&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 01 mai 2012.

VASCONCELOS, E. M. Dispositivos residenciais em saúde mental, um campo aberto para os trabalhadores sociais: revisão de estratégias, tipologia e principais desafios políticos, teóricos e práticos. In: VASCONCELOS, E. M. (Org.). **Saúde mental e Serviço Social: o desafio da subjetividade e da interdisciplinaridade.** São Paulo: Cortez Editora, 2008. p. 95-132.

WHETERELL, M.; POTTER, J. **Mapping the language of racism.** London: Harvester Wheatsheaf, 1992.

WIGGINS, S.; POTTER, J. Discursive Psychology. In: WILLIG, C.; HOLLOWAY, W. (Orgs.). **Handbook of qualitative research in psychology.** London: Sage, 2007. p. 73-90.

CAPÍTULO 11

O TRABALHAR NO CAPS: SAÚDE, REINVENÇÃO E MOBILIZAÇÃO

Edil Ferreira da Silva
Thaís Augusta Cunha de Oliveira Máximo
Eduardo Breno Nascimento Bezerra
Paula Gabrielly Rasia Lira
Sara Regina Pessoa Dias de Oliveira
Melina do Nascimento Perônico

Este capítulo se debruça sobre as relações que têm se estabelecido entre o trabalho e a saúde, sob a ótica de profissionais de uma equipe multidisciplinar que atuam nos CAPS na cidade de Campina Grande, Estado da Paraíba. Observa-se que esses novos espaços de atuação em saúde mental fizeram emergir, por meio de uma proposta de um novo modelo de atenção psicossocial, uma nova configuração para o trabalho dos profissionais. Segundo Brito et al. (2011, p.31), a atual Política Nacional de Saúde Mental traz consigo “uma disputa pela legitimidade da verdade em relação ao cuidado com a loucura”, o que remete a uma necessidade contínua de lutar por um outro modo de se relacionar com a loucura, rompendo com paradigmas sociais e científicos há muito estabelecidos por meio do modelo hospitalocêntrico e de encarceramento dos loucos.

Esse cenário também convoca os profissionais a trabalharem em um contexto de novidade. Novidade de normas, de concepções e de relações de trabalho, na busca pela quebra de paradigmas.

Conclui-se, portanto, que o CAPS é espaço de reinvenção. Não há uma receita para lidar com tudo isso e, diante dessa insuficiência das normas, os trabalhadores são chamados à atividade. Justamente por isso, esta pesquisa buscou compreender essa realidade multifacetada, complexa e que convoca os sujeitos, o tempo inteiro, às renomatizações e a gerirem as situações de trabalho.

Para tanto, as análises serão realizadas a partir das perspectivas Clínicas do Trabalho, tendo em vista que essas têm “como foco de estudo a relação entre trabalho e subjetividade” (BENDASSOLLI; SOBOLL, 2011, p. 3). O intuito da pesquisa foi de analisar a relação entre o trabalho e a saúde de profissionais que compõem uma equipe multiprofissional de um CAPS. Nesse sentido, a utilização dessas abordagens se justifica na medida em que transcendem a perspectiva do trabalho psicologicamente nocivo, enfatizando o mesmo também a partir dos processos criativos, da capacidade de mobilização, de agir e da postura ativa do trabalhador ante as infidelidades do meio.

A construção deste texto se deu de modo a fazer, inicialmente, uma reflexão sobre as especificidades do trabalho realizado nos CAPS; posteriormente, uma discussão acerca das relações entre trabalho e saúde; bem como considerações acerca da perspectiva teórica que alicerçou a pesquisa. Posteriormente, as análises serão tecidas de modo a articular as falas dos trabalhadores com essas teorias, lançando luz nas demandas desses próprios sujeitos, no que se refere às complexidades e especificidades da atividade de trabalho em um CAPS.

O TRABALHO EM SAÚDE MENTAL: NOVAS FACES EM TEMPOS DE DESINSTITUCIONALIZAÇÃO

Pensando nas possíveis repercussões que o trabalho pode ter para a saúde e a subjetividade dos sujeitos, esta pesquisa foi construída, especificamente pensando em compreender as vivências em relação ao trabalho e à atividade de profissionais que compõem equipes multiprofissionais de Saúde Mental, em um CAPS. O olhar da Psicologia do Trabalho sobre este fenômeno torna-se importante, dadas as novas configurações que permeiam esse cenário, começando,

inclusive, com a reconfiguração do cuidado à saúde mental que deixa de se centrar na exclusão, patologização ou diferenciação dos loucos; para uma ênfase na atenção psicossocial.

Dentro da perspectiva de mudanças de práticas no contexto da Saúde Mental, proposta pela Reforma Psiquiátrica, faz-se relevante, inicialmente, destacar que para fazer uma transição do modelo biomédico, hospitalocêntrico, para o novo modelo de assistência à saúde mental é necessária uma desconstrução de saberes existentes numa sociedade que rotula aqueles que não se enquadram no que se convencionou chamar de normal e patológico. De acordo com Nardi e Rammiger (2007), apoiando-se nas ideias de Michael Foucault, faz-se necessário refletir sobre as concepções que foram instituídas, se faz necessário pensar, e pensar é desnaturalizar, é estranhar aquilo que cotidianamente se está habituado.

No modelo assistencial hospitalocêntrico, o foco era a doença e a sintomatologia psiquiátrica e o sujeito era reduzido à sua patologia. Os pacientes crônicos moradores dos hospitais psiquiátricos eram, muitas vezes, abandonados por seus familiares e, por esta razão, as internações eram prolongadas (NARDI; RAMMIGER, 2007). A Reforma Psiquiátrica, em contrapartida, propõe a transferência desses sujeitos para os CAPS. Uchida et al. (2011) ressaltam que os CAPS têm o objetivo de oferecer cuidados não só quanto à saúde, mas também alimentação, moradia, atenção psicológica, psicossocial, isto é, um atendimento às necessidades cotidianas dessas pessoas com transtornos mentais. Os autores ainda afirmam que os CAPS são atualmente a principal referência para o tratamento de pessoas com transtornos mentais, uma vez que são serviços vinculados à rede pública de saúde; e estão inseridos na comunidade com a missão de acolher pessoas com transtornos mentais severos e persistentes em uma área de abrangência delimitada.

O sistema CAPS oferece três regimes de tratamento: o intensivo, o semi-intensivo e não intensivo. Estes são organizados nas modalidades CAPS I, II e III, destinados a adultos, maiores de 18 anos e definidos por ordem crescente de porte, complexidade, abrangência populacional, horário de funcionamento, número de funcionários e de pessoas atendidas. Existem ainda aqueles especializados

no atendimento a crianças e adolescentes com transtornos mentais (CAPSi), além daqueles destinados ao atendimento de pessoas que fazem uso abusivo ou têm dependência de substâncias psicoativas (CAPS ad) (BRASIL, 2002).

De acordo com o Governo da Paraíba (2010), o Estado é o primeiro no ranking nacional em número de Centros de Atenção Psicossocial implantados. São 68 serviços, sendo 39 na modalidade CAPS I, oito CAPS II, três CAPS III, oito CAPSi, nove CAPSad e um CAPSad III. Ainda segundo o mesmo, a rede conta também com 17 Residências Terapêuticas, três Consultórios de Rua, um Pet Saúde Mental, três Centros de Convivência, Cultura e Arte e duas Casas de Acolhimento Transitório (CAT). O serviço dispõe ainda de 736 leitos em hospitais psiquiátricos, 36 em hospitais gerais e 51 leitos de urgência e emergência.

Dentre os 39 CAPS, sete estão em Campina Grande, sendo cinco distribuídos na zona urbana da cidade (CAPS ad, CAPS Novos Tempos, CAPS Reviver, CAPS I Viva Gente, CAPS I Centro Campinense de Intervenção Precoce) e os outros dois (CAPS I) localizados nos distritos de Galante e São José da Mata. Em nível nacional, atualmente, a atenção especializada em saúde mental é oferecida, no SUS, por meio de 1.650 Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) em todo o país.

Uchida et al. (2011) apontam para o fato de que todos os CAPS têm como objetivo em comum direcionar o foco para a vida da pessoa e não mais para a sintomatologia manifesta, com o intuito de promover a capacidade de gerar e gerir normas para a própria vida. Assim posto, diante dos debates dentro das esferas de políticas de saúde, pode-se perceber que os entraves não estão apenas na proposta da política, mas também nos sentidos e estereótipos construídos pela sociedade acerca da loucura e da doença mental ao longo da história.

Nardi e Rammiger (2007) afirmam que não basta que sejam feitas mudanças estruturais, a nível econômico e institucional, ou mesmo a desospitalização dos portadores de transtorno mental. Para que o novo modelo de atenção psicossocial se efetive é necessário que se promova a desinstitucionalização da loucura, através

do questionamento daquilo que parece natural, das verdades absolutas, colocando em questão a noção que se tem de loucura.

Neste contexto, colocamos a atividade de trabalho dos profissionais dos CAPS. Cabe destacar a vivência dos trabalhadores que convivem cotidianamente com pessoas em sofrimento mental. As relações de poder presentes e legitimadas pelo modelo hospitalocêntrico deram origem a equipes coordenadas pelo saber médico, e com relações hierárquicas claramente delimitadas. De acordo com Nardi e Rammiger (2007), a lógica manicomial corresponde a uma lógica de obediência, e a Reforma Psiquiátrica viria subverter o modo de hierarquização que moldou as equipes de trabalho por muito tempo. Uma reforma que vai além da derrubada dos muros de hospitais psiquiátricos, uma vez que propõe uma reforma, sobretudo, do pensamento psiquiátrico.

Esse novo modelo deveria, então, promover mudanças nas relações de poder dentro das equipes profissionais, decorrentes da perspectiva de desconstrução de relações hierarquizadas no contexto da Saúde Mental e do repensar sobre a vivência daqueles que convivem com a loucura. Em se tratando desses trabalhadores, observa-se que os mesmos têm sido convocados a significativas reconstruções de saberes e fazeres, em virtude de todo esse movimento de reconfigurações no âmbito do cuidado em Saúde Mental.

Segundo Saraceno (1999), repensar a loucura seria transferir a ideia de cura para a de cuidado, da ideologia do reparo para a dos direitos; compreender que se convive não com loucos, mas com cidadãos; não mais sob a proteção dos muros de hospitais, mas na cidade. A Reforma Psiquiátrica se desenvolve em um contexto de tensões, sobretudo pelas dificuldades para a sua implantação, assim como pelos questionamentos, angústias e ansiedades, principalmente por parte dos que trabalham nesse meio. Segundo Uchida et al. (2011), os desafios para os trabalhadores referem-se à superação de dificuldades operacionais, novas práticas e novos projetos organizacionais de atenção.

Desse modo, o contato com a vivência e com os relatos de trabalhadores da área de Saúde Mental traz possibilidades para uma melhor compreensão não somente das dificuldades operacionais, mas

dos sentimentos, vivências, comprometimento político e afetivo dos mesmos com a Reforma. Faz-se relevante, portanto, considerar a subjetividade dos trabalhadores que têm a saúde mental como seu campo de trabalho, uma vez que cada sujeito possui um modo particular de vivenciar experiências.

SAÚDE E TRABALHO: ENTRE A INVISIBILIDADE E A BUSCA POR CONSOLIDAÇÃO

Os estudos voltados para a compreensão das relações entre a saúde e o trabalho têm adquirido cada vez mais espaço e importância ao longo da história. A princípio, o foco eram os aspectos biológicos, fisiológicos e o desgaste físico decorrentes dessa relação. A medicina do trabalho, que surge na Inglaterra com a I Revolução Industrial, no início do século XIX, é um exemplo disso. O intuito desses serviços nas Indústrias era intervir junto aos processos de trabalho cada vez mais acelerados e desumanos vigentes, tendo em vista que, se nada fosse feito a respeito, a própria produção e, conseqüentemente, o lucro poderiam ser prejudicados. Sua função era a adaptação dos trabalhadores às demandas das empresas, buscando o amortecimento da exploração e a manutenção do ritmo de produção do operariado (MENDES; DIAS, 1991).

As constantes transformações pelas quais passaram o mundo do trabalho e as formas de gestão, contudo, demonstraram que esse modelo de Medicina do Trabalho não era suficiente para dar conta das novas demandas e problemáticas que surgiam. Mostrou-se necessária a adoção de ações interdisciplinares de saúde ocupacional, passando, posteriormente, para uma concepção ampliada de Saúde do Trabalhador. Esta última começa a se delinear em meio aos movimentos sociais de reivindicação dos anos 1960 (especificamente o maio de 1968), que exigiam a “participação dos trabalhadores nas questões de saúde e segurança. Elas, mais que quaisquer outras, tipificavam situações concretas do cotidiano dos trabalhadores, expressas em sofrimento, doença e morte” (MENDES; DIAS, 1991, p.345).

Atualmente, Governo, Movimentos Sociais, Academia e até mesmo Empresas atentam para a necessidade de se investigar também

a Saúde do Trabalhador, tomando-a de maneira integral e dinâmica, concebendo a importância de uma concepção não apenas curativa, mas também e, fundamentalmente, preventiva e de proteção integral aos trabalhadores, física, psíquica e socialmente. Outro aspecto é que, esta nova visão de Saúde do Trabalhador retira o tema da dimensão do privado (empresa e trabalhador) e o transfere para a esfera pública, da saúde como direito do trabalhador.

Partindo desses elementos, Neves, Seligmann-Silva e Athayde (2004) observam que, do ponto de vista de cada humano, a experiência do trabalho é fundamental para que uma pessoa se (re) estruture, que ela (re) invente a si e ao mundo, se (re) construa, sendo nesse sentido marcante para a configuração de cada humano em sua singularidade. Por isso, não há como o trabalho não afetar a saúde física e mental das pessoas.

Apesar das relações diretas que se estabelecem entre o trabalho e a subjetividade dos trabalhadores, as pesquisas e avanços em Saúde do Trabalhador têm se apresentado de maneira muito mais consolidada no que se refere ainda ao palpável e mensurável, isto é, à dimensão do adoecimento físico. Athayde (2011) reflete que se o conceito de saúde, em suas diferentes acepções, tem uso farto e fértil; no entanto, a noção de mental está eivada de problemas não resolvidos.

Athayde (2011) ainda afirma que os vínculos entre o trabalho e o adoecimento psíquico vêm ganhando visibilidade crescente, paralelamente ao crescente número de trabalhadores acometidos por agravos mentais. Entretanto, observa-se que os princípios que fundamentam o estabelecimento do nexo causal ainda se reportam a um modelo em que a ênfase recai na patologia. Nesse sentido, observa-se que a relação de causalidade, mesmo que multicausal, que fundamenta o estabelecimento do vínculo entre saúde/ doença mental e trabalho, não dá conta das relações de determinação das manifestações humanas.

Assunção (2003) destaca que a principal crítica que se faz a algumas das abordagens que relacionam saúde e trabalho, é a insistência em tentar enquadrar os quadros dos trabalhadores nos diagnósticos do CID 10, tentando estabelecer associações claras com as

condições de trabalho. Torna-se inútil procurar associações óbvias entre os diagnósticos prevalentes da CID 10 e o trabalho, já que nem sempre os sintomas são específicos, assim como a complexidade psicofisiológica dos seres humanos e a dinamicidade das situações de trabalho.

Assim sendo, compreende-se que para se analisar as relações entre a saúde mental e o trabalho é preciso que se considere a complexidade inerente a toda atividade de trabalho. Esse entendimento implica que a investigação seja estruturada de modo a captar o que, no movimento do real, é indicador das transformações, dos modos de relações que não somente prefiguram, mas figuram uma outra sociedade. Mais do que descrever o real, trata-se de identificar os possíveis, os pontos de tensão, os equívocos, as relações contraditórias.

Diante da evolução nas concepções de saúde, atualmente tem-se buscado utilizar a denominação processo trabalho – saúde – doença, tomando-se o ponto de partida de que essa relação, apesar de possuir elementos comuns para um grupo de trabalhadores, ela também se constitui única e singular. Além disso, nenhuma modificação nas condições ou organização de trabalho produz efeitos previsíveis ou calculáveis a todo um conjunto de trabalhadores, visto que tais transformações sempre serão postas em conexão com as vivências e valores de cada trabalhador. Já não se trata, portanto, do estudo das patologias, exclusivamente, mas do processo saúde-doença, já não se trata de mero fenômeno biológico individual, mas biopsicossocial. Partindo dessa concepção, mostrou-se necessária a utilização de um alicerce teórico-metodológico que valorizasse esse movimento processual da relação sujeito-trabalho, que será apresentada a seguir.

FERRAMENTAS TEÓRICO-METODOLÓGICAS

Para investigar o problema delimitado, foram adotadas como referências teórico-práticas as abordagens clínicas de compreensão do trabalho: a Ergonomia da Atividade (GUÉRIN et al., 2001), a Psicodinâmica do Trabalho (DEJOURS, 2004a), a Clínica da Atividade (CLOT, 2006) e a Perspectiva da Ergologia (SCHWARTZ, 2000).

Essas perspectivas possibilitam um aprofundamento de maneira a apreender quais os significados do trabalhar, da luta pela saúde, bem como o permanente movimento e o caráter sempre enigmático que caracterizam a atividade humana. Segundo Bendassolli e Soboll (2011, p.3), “o objeto comum dessas teorias é a situação do trabalho, que, em síntese, compreende a relação entre o sujeito, de um lado, e o trabalho e o meio, de outro”.

Tais abordagens, situadas nas linhagens do compreender-transformar, ou, transformar para compreender como defende Clot (2006), permitem aos trabalhadores envolvidos no processo de investigação descobrir limitações em seu trabalho assim como possíveis efeitos deletérios para sua saúde. Permite igualmente realizar possibilidades na forma de conduzir o trabalho e de conduzir-se no trabalho até então inexistentes.

Para dar respaldo ao estudo, utilizou-se ainda a concepção de Saúde adotada por Dejours (1986), corroborando as discussões feitas por Canguilhem (1947/ 2001). Estas compreendem que o trabalho é complexo e, por isso, as relações entre cada sujeito e seu trabalho são melhor compreendidas por meio de uma aproximação às situações concretas de vida e trabalho.

Para Dejours (1992, p.164), “o trabalho não é nunca neutro em relação à saúde, e favorece seja a doença, seja a saúde. De modo que deveria aparecer na própria definição do conceito de saúde”. Dejours, Abdouchelli e Jayet (1994) refletem ainda que nenhuma forma de organização do trabalho é, por si só, apenas geradora de saúde ou de prazer no trabalho. Os autores afirmam que não se pode conceber uma organização do trabalho sem sofrimento, porém existem as que são mais favoráveis à negociação da superação desse sofrimento. A saúde consiste em busca, portanto, em luta, revelando-se quando a esperança e a criatividade são permitidas ao trabalhador. Nesse sentido, não há saúde sem que se compreenda o que acontece com o sujeito como um todo, e só se pode obter tal compreensão se existir um diálogo com aquele que vive a experiência do seu corpo, da sua dor, do seu trabalho (BRITO; NEVES; ATHAYDE, 2001).

Outro conceito importante de se demarcar, tendo em vista ser o

cerne deste estudo é o de atividade. Clot (2010) destaca que o conceito de atividade vai muito além da lacuna existente entre prescrito e real. O autor identifica que a atividade não consiste apenas no que se faz; por isso, propõe um novo conceito: o real da atividade. Este pode ser apreendido como “aquilo que não se faz, aquilo que não se pode fazer, aquilo que se busca fazer sem conseguir – os fracassos -, aquilo que se teria querido ou podido fazer” (CLOT, 2010, p.116).

A atividade, portanto, incorpora os pensamentos, as escolhas, e todas as possibilidades que o indivíduo elabora quando em uma situação de trabalho, mesmo aquelas que são suspensas ou não chegam à dimensão das ações. Clot (2001) afirma que a atividade possui um volume que transborda a atividade realizada. Ela se apresenta como uma luta entre várias ações possíveis ou impossíveis, “um conflito real que a atividade realizada jamais resolve inteiramente” (CLOT, 2007, p.269).

A Ergologia também propõe um conceito reformulado de atividade. Para ela, o real nunca é inteiramente circunscrito, pois seria apenas a parte real das inúmeras representações que cada pessoa realiza. O conceito de atividade propõe, então, pensar o ser humano, trabalhador, situado na história e construtor dessa história. Por isso mesmo, a atividade possui prolongamentos que ultrapassam o indivíduo, e incluem o social, o psíquico, o institucional, as normas e os valores. “É um impulso de vida, de saúde, sem limite predefinido, que sintetiza, cruza e liga tudo o que se representa separadamente (individual/ coletivo; privado profissional)” (DURRIVE; SCHWARTZ, 2008, p.23).

Borges (2006) acrescenta que, a cada instante, todo trabalhador apresenta inúmeras possibilidades que não chegam a se materializar como trabalho realizado. Esse panorama é resultado das escolhas feitas pelo sujeito quando diante das contradições entre o trabalho prescrito e o real; entre as normas antecedentes e as renormalizações. Mas cada conflito recebe sempre soluções transitórias. Cada gesto – palavra ou caminho – que é tomado nunca mais será igual, o que confere à atividade um caráter pessoal. As escolhas não são definitivas e precisam sempre ser renovadas já que

dependem da situação real de trabalho e esta nunca se apresenta da mesma maneira. Por isso, a autora propõe que a atividade de trabalho é sempre o diálogo entre o possível e o impossível.

A concepção de saúde aqui utilizada não pode estar aprisionada em definições estáticas ou universais. Ela é a luta e o movimento em busca da sanidade, da segurança, do prazer no trabalho, envolve a mobilização subjetiva, a recusa dos trabalhadores em estagnar-se, o uso da inteligência astuciosa, as renormatizações face ao prescrito, as reinvenções diárias e o estar sempre alerta.

Desse modo, pretende-se, com os dados apresentados, neste capítulo, gerar conhecimento a ser utilizado na Universidade e permitir aos trabalhadores lutar por melhorias das condições de vida e trabalho; contribuindo ainda para a concretização de ações em Saúde do Trabalhador relacionadas a este grupo de trabalhadores. Assim como se espera construir, em conjunto com os trabalhadores da saúde mental dos CAPS, análises acerca da atividade dos profissionais que compõem as equipes, e possibilidades de transformação dos seus meios de trabalho. Isso ocorre na medida em que, para Clot (2010), o processo de pesquisa em Psicologia do Trabalho, utilizando-se das abordagens clínicas do trabalho, possibilita criar condições para uma fala autêntica sobre o trabalho; tornar o trabalho um objeto de pensamento do próprio trabalhador; e contribuir para que os próprios trabalhadores conduzam sua história e promovam a transformação, pensando o trabalho enquanto produtor de saúde.

MÉTODO

PARTICIPANTES

Participaram da pesquisa sete profissionais, que ocupavam as funções de psicólogo, assistente administrativo, enfermeira, técnica de enfermagem, assistente social, pedagoga e recepcionista. O tempo de trabalho em saúde mental variou de 2 a 11 anos, com média 6,5 e desvio padrão 3,39. Já o tempo de trabalho naquele CAPS variou de 2 a 8 anos. Os critérios para inclusão foram: disponibilidade e interesse para participar dos encontros em grupo; assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE); e o tempo de

trabalho no CAPS há, pelo menos, 6 meses.

TÉCNICAS E INSTRUMENTOS

Primeiramente, tendo como objetivo a apreensão da realidade de trabalho e o conhecimento do contexto em que os dados seriam construídos coletivamente, foram feitas observações livres da atividade dos profissionais e do cotidiano do CAPS. Essas observações foram registradas em diários de campo. Segundo Minayo (2010), o diário de campo é um instrumento que possibilita uma aproximação mais verdadeira com a realidade, por meio do registro das impressões pessoais do pesquisador, de conversas informais e observações de comportamentos contraditórios com as falas.

Outra técnica utilizada foi a “Instrução ao Sósia”, que possibilitou vislumbrar de maneira mais significativa as atividades de trabalho, favorecendo a dialogia e a construção do saber diante do trabalho. Segundo Rezende, Brito e Athayde (2009), a instrução ao sósia foi elaborada por Oddone, Re e Briante (1981) e seus parceiros em 1970, sendo utilizada com o objetivo de compreender a relação saúde-trabalho, considerando as complexidades inerentes à atividade e dando visibilidade à fala dos próprios trabalhadores.

Para a execução da técnica, os participantes responderam uma pergunta do tipo: “Suponha que eu seja teu sósia e que amanhã eu vá te substituir no seu trabalho. Como devo agir para que ninguém perceba que não sou você?”. Essa técnica foi utilizada nesse estudo, de modo a possibilitar o acesso ao que está subjacente, além de alcançar vivências que apenas o uso do roteiro de entrevista não possibilitaria. Clot (2010, p.208) descreve que o sósia: “(...) autoriza uma ‘reentrada’ na ação, uma repetição sem repetição, o recomeço da ação em outra atividade com o sósia em que ela serve agora de recurso”. (Grifo do autor).

Um diferencial desta pesquisa, porém, é que a técnica foi realizada com um grupo de profissionais previamente selecionados e não individualmente. A opção pelo trabalho em grupo decorreu do próprio objeto de estudo. Como nosso intuito era de analisar as relações entre saúde e trabalho em equipes multiprofissionais, foi necessário adotar uma estratégia metodológica que privilegiasse as

dimensões coletivas da atividade, favorecendo a construção de consensos e dissensos acerca do trabalho.

PROCEDIMENTOS

Após a submissão e aprovação do projeto no Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Estadual da Paraíba (UEPB) e consentimento formal da instituição, através da diretora geral da Saúde Mental da Prefeitura de Campina Grande, iniciou-se o contato com os profissionais do CAPS. A partir desse contato, as observações se iniciaram.

As visitas e observações foram feitas por dois pesquisadores. Foram realizadas seis observações que duraram em média 98,3 minutos. Durante esse período, observou-se o cotidiano de trabalho dos profissionais e mantiveram-se conversas individuais para dirimir dúvidas sobre o funcionamento do CAPS, além de questioná-los sobre o interesse em participar do grupo de discussão acerca da atividade.

Foram realizados cinco encontros, quinzenalmente, em uma sala reservada no próprio CAPS. Tiveram duração em média de 45 minutos cada um. O primeiro encontro teve a pergunta da instrução ao sócia como geradora da discussão. Ao final os pesquisadores questionaram qual tema sobre a atividade de trabalho eles gostariam de discutir no encontro seguinte. As temáticas dos outros encontros foram definidas ao final de cada grupo de discussão. Nesse sentido, não havia temas definidos a priori, sendo estes construídos/propostos dentro do próprio grupo pelos trabalhadores.

ANÁLISE DOS DADOS

A análise dos dados foi feita por meio da seleção de alguns extratos das conversas os quais foram divididos em unidades temáticas, denominadas cenas (REZENDE; BRITO; ATHAYDE, 2009), depois foram apresentados para os trabalhadores que validaram os resultados.

O TRABALHAR NO CAPS: REINVENÇÃO E MOBILIZAÇÃO

O trabalhar em saúde mental na perspectiva psicossocial envolve

situações diversas, como as variabilidades da demanda, os tipos de usuários atendidos, contato com as famílias e exigências, como a necessidade ou não de compartilhar atividades. Neste sentido, o trabalhar possui um caráter enigmático, exigindo do trabalhador uma gestão das situações cotidianas encontradas. A gestão das atividades é feita de modo individual e coletivo. Dar conta de um atendimento em todas as suas nuances: exigências técnicas e relações sociais diversas, com usuários, familiares e outros profissionais, constitui uma dramática que mobiliza a subjetividade dos profissionais.

É esta dramática do trabalhar em CAPS que pretendemos mostrar neste tópico, através da análise das cenas que emergiram nos encontros com os trabalhadores. Para este capítulo, apresentaremos três cenas, denominadas: 1. Atividade no CAPS: uma nova ótica de atenção psicossocial; 2. Entre conflitos e suportes: o coletivo de trabalho; 3. O aprendizado a partir da experiência diária: normatizações e renormatizações.

ATIVIDADE NO CAPS: UMA NOVA ÓTICA DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL

De acordo com os encontros sobre o trabalho, percebeu-se que a realização das atividades está pautada no proposto pela Reforma Psiquiátrica. Na fala dos participantes, foi possível identificar que eles têm buscado uma atuação calcada não mais no modelo hospitalocêntrico, mas sim na nova ótica da atenção psicossocial. Dessa maneira, o trabalho deles consiste na escuta ampliada e no cuidado não apenas aos usuários, mas também às suas famílias, numa tentativa de (re) construir os laços daquele sujeito perante a sociedade. Desse modo, conforme afirma Lancman (2008), os desafios para os trabalhadores na saúde mental referem-se à superação de dificuldades operacionais, novas práticas e projetos organizacionais de atenção, o que pode ser percebido no diálogo a seguir.

Cena 01–Diálogo 01

Pesquisador – Aí como, qual é o cuidado que eu devo ter com essas pessoas? Com esses usuários?

Assistente Social – Como? Esses usuários que... Você tem que ouvir, ouvi-los, são pessoas que não estão acostumadas a serem ouvidas, né.

Psicólogo – A escuta ampliada, uma escuta que vá atender não somente o usuário, mas a própria família. Aqui tem espaço pra atender a família também. Então tem que ter essa escuta ampliada, saber ouvir e interagir com ele de uma forma humanizada pra que ele tenha um vínculo com a instituição, ou com o profissional, de forma que ele não tinha nem em casa, então tentar trazer, atrair esse usuário pra cá através desse vínculo que muitas vezes ele não tem na vida social.

Assistente Social – E a gente como assistente social, tem mais as questões dos direitos né, deles, a gente também informa se eles têm algum direito, algum direito previdenciário, de acordo com a lei orgânica da assistência social, a gente de certa forma termina informando sobre isso, né.

Nas falas, percebemos que, na atividade dos profissionais, a escuta é um elemento fundamental de estabelecimento do vínculo com o usuário e deste com a instituição. Neste sentido, fazer uma escuta adequada a cada caso é um desafio para cada profissional, o que demonstra que, na atividade, o profissional tem que usar de engenhosidade e utilizar de inteligência da prática para que tenha sucesso em seu acolhimento. Segundo Brito et al. (2011), a estratégia da Reforma Psiquiátrica envolve uma articulação que não ocorre apenas entre os trabalhadores que compõem a equipe, mas também engloba os usuários, seus familiares, a rede de saúde pública e até mesmo movimentos sociais envolvidos com a luta antimanicomial.

Os trabalhadores destacam, como central na atividade, a relação

com a família dos usuários. Segundo eles, a partir da troca de informações com a mesma, é possível direcionar o tratamento dos usuários, corroborando o que coloca Uchida et al. (2011), que a família constitui-se um eixo na proposta do atendimento oferecido no CAPS, o que o difere daquele oferecido no contexto hospitalar, na medida em que possibilita ao usuário reconstruir sua vida para além do circuito saúde-doença, como pode ser observado no diálogo 02.

Cena 01 – Diálogo 02

Psicólogo – A família compreender através das informações, ouvir a família e fazê-la compreender que aquilo é um programa grave de saúde pública, que é um problema de saúde, essencialmente de saúde, e não é um problema isolado, mas é um problema, de certa forma, multifatorial, com vários fatores né, então não pode ver o sujeito por um fato só, clínico, ou só psicológico, ou só econômico, ou só social, não! É uma gama de coisas que cercam esse sujeito, e que a gente tem que levar em consideração e a família não sabe que tem que levar. Então o trabalho com a família, eu acho, que é mais um trabalho informativo, é um trabalho mais de captura de informações, onde essas famílias vão trazer se esse sujeito realmente aderiu ao tratamento, ou se ele tá fazendo recaída constante, como é que tá a vida desse sujeito e a repercussão desse sujeito dentro desse âmbito familiar após o início do tratamento.

Enfermeira – E assim, na consulta médica a gente enfatiza muito assim..., pergunta a questão da medicação, como é que tá o usuário em casa, faz a escuta do familiar, entendeu?

Assistente Social – Confronta, né.

Enfermeira – É. Não vem pra consulta o usuário, sem estar acompanhado, é pré-requisito pra consulta médica. Aí tem essa escuta também, essa troca de informações, o comportamento em casa, se tá tomando a medicação, entendeu? É bem importante pro andamento do tratamento.

Ao se analisar o trabalho dos profissionais do CAPS, não se pode fazê-lo pensando somente no usuário de modo individual, tem-se que incluir a família. Gerir a atividade no CAPS requer dos profissionais abordagens específicas e direcionadas ao usuário e aos familiares. O que torna o seu trabalho mais complexo e pleno de possibilidades de agir, o que requer uso de si por si e uso de si pelos outros.

Ainda dentro da proposta de Reforma Psiquiátrica, os trabalhadores dão destaque à necessidade que se consolide uma atuação interdisciplinar, de maneira que, em algumas situações, um profissional possa intervir na área do outro. Segundo os participantes, não há recortes ou fronteiras estanques entre o que deve ser feito por um ou outro. Eles afirmam que cada um tem seu papel, mas isso não significa que esses papéis sejam rígidos ou estáticos. É preciso ultrapassar as fronteiras de sua especialidade para dar conta das demandas. Em face das demandas da atividade, os profissionais buscam outros conhecimentos, ou seja, a atividade sempre requer além daquilo para o qual o profissional foi qualificado. A atividade não se prende ao normativo. Os profissionais renormatizam as fronteiras das disciplinas em que foram formados. Schwartz (2005) aponta que a atividade constitui-se como lugar de uma dialética, onde é preciso articular os debates do sujeito com todos os tipos de normas apreendidas no horizonte histórico social. O que significa que a atividade envolve contradições, variabilidades e uma gestão de si que cada trabalhador vivencia o tempo todo.

A gestão da atividade desenvolvida pelos e entre os profissionais para transpor as funções prescritas por suas especialidades é um aspecto importante da organização do trabalho. Como afirma Dejours (2004b), a elaboração da organização do trabalho real implica

no afastamento das prescrições para dar início à atividade de interpretação. No diálogo 03, os trabalhadores afirmam “ter liberdade” para atuar em conjunto com os demais profissionais.

Cena 01–Diálogo 03

Psicólogo – E o profissional tem essa liberdade de... como a gente trabalha essa questão da interdisciplinaridade, ele tem a liberdade de, por exemplo, saber que tem uma oficina de dinâmica de grupo, então, as dinâmicas são variáveis né, e aí ele tem a liberdade de certa forma, até de entrar na área de atuação de outro profissional, sabe? Digamos assim, não é uma coisa que a gente foi formado pra isso, mas a gente vai e entra a questão, nós já fizemos, por exemplo, na área de psicologia, nós já fizemos oficinas informativas, sobre DST’s e de certa forma a gente entra na área de enfermagem, que é quem faz esse tipo de trabalho, então a gente faz essa interlocução...

Enfermeira – Como a enfermagem entra na cidadania, né.

Assistente Social – E é uma proposta da própria Reforma Psiquiátrica, né.

Enfermeira – É.

O trabalhar envolve, pois, um fazer interdisciplinar que vai se efetivando com as demandas cotidianas e as variabilidades do trabalho. Os profissionais procuram, assim, efetivar o que está prescrito na proposta do modelo de saúde mental na perspectiva psicossocial. Para tanto, fazem “uso de si por si”, já que o exercício da interdisciplinaridade requer um modo singular de desenvolver a atividade e “uso de si pelos outros”, na medida em que precisam se apropriar de conhecimento de outras disciplinas e das prescrições do processo de trabalho em saúde, além das legislações pertinentes a este tipo de serviço. Conforme as palavras de Schwartz (2007, p.191), em Schwartz e Durrive (2007), “o meio é sempre mais ou

menos infiel e, aliás, nunca se sabe onde e em que proporções. Ele jamais se repete exatamente de um dia para o outro”. Assim sendo, a gestão das infidelidades se constitui como mais uma atribuição do trabalhador que, diante do “vazio de normas” (insuficiência das normas antecedentes), faz uso de si, das suas capacidades, recursos e escolhas na luta contra as variabilidades.

Outro aspecto que sempre é contabilizado quando se avalia a efetividade e eficácia do trabalho dos profissionais é a recuperação e reestabelecimento do vínculo do usuário com a sociedade. Que é algo singular da proposta da reforma psiquiátrica. Os profissionais apontam que a recuperação e reestabelecimento do vínculo do usuário com a sociedade não depende apenas da sua atividade e da relação com a família, mas do querer do sujeito que está em tratamento. Esse, sem dúvida, é um diferencial da perspectiva antiga para a atual, o de retirar a pessoa da ótica do paciente, passivo, e observá-la sob a ótica do ator, onde sua história singular e sua subjetividade fazem parte do desenrolar do projeto terapêutico (ATHAYDE, 2011). O que se observa no trecho destacado a seguir.

Cena 01- Diálogo 04

Psicólogo – Então você pegar, até pela própria anedonia, pela falta de interesse que os usuários têm né? Em tá buscando essa ressocialização e tal, e a gente tá sempre tentando estimular eles, eles ficam meio “a par” das nossas decisões, a gente fica “Vamos participar disso, vamos participar daquilo” e tal, ou então quando a gente determina no projeto terapêutico que ele deve participar de determinada coisa porque já tem uma certa aptidão para aquilo aí fica sujeito ao querer né?

Assistente Social – E qual é o desejo do paciente, ele quer o que?

Percebe-se que os profissionais levantam aspectos que estão relacionados ao desafio da atividade, quando dizem no diálogo 04: “fica sujeito ao querer”, coloca um aspecto que é uma exigência do

trabalho deles: a demanda dos usuários. Algo que não é previsível. Então o tempo todo lidam com incertezas, o que pode ser um fator de sofrimento. Contudo, devido à mobilização da inteligência da prática, conforme sugere Dejours (2004b), os profissionais buscam transformar isso, com engenhosidade e criatividade, na medida em que têm que preparar mais de uma oficina, lidar com os diferentes diálogos com as famílias, com os diferentes projetos terapêuticos.

Cada usuário que chega tem uma história singular. Para cada usuário, define-se um processo terapêutico e em determinados casos necessitam de apoio da rede de cuidados em saúde mental. A montagem do processo terapêutico do usuário depende de aspectos externos e internos ao CAPS. Um dos aspectos externos foi abordado na cena anterior e, no âmbito interno do CAPS, um aspecto fundamental se relaciona com o processo de trabalho dos profissionais: o acolhimento dos usuários. Percebe-se, nesse novo modelo de atenção, a importância do acolhimento dos usuários que, mais que um procedimento burocrático de coleta de informações, deve propiciar a construção de um vínculo usuário-profissional-instituição, elemento fundamental para que o usuário retorne à instituição e o tratamento tenha início. O acolhimento, assim, configura-se como uma norma de trabalho neste modelo que deve ser praticada em todos os CAPS e obedecida por todos.

Embora seja uma norma do modelo de atenção psicossocial; na atividade, o acolhimento toma conformações diversas em face das nuances das demandas dos usuários. No acolhimento, o profissional faz uma anamnese com o paciente, buscando compreender todos os aspectos envolvidos com o transtorno mental, além de buscar constituir o vínculo. Pelo que dizem os profissionais, o acolhimento é uma atividade com caráter enigmático, principalmente no que concerne ao estabelecimento do vínculo. Não é possível prever se o acolhimento será eficaz ou não, já que outros elementos e situações do trabalho devem ser considerados e estes só se evidenciam no cotidiano, na prática.

Cena 01 – Diálogo 05

Psicólogo – Na verdade o processo de acolhimento é justamente isso que foi colocado aí, de ter esse primeiro contato e tentar estabelecer um vínculo com o paciente que chega a instituição, e ao final de toda essa coleta de dados que vai preencher esse cadastro e fazer essa anamnese ser concluída com toda a história de vida do sujeito, até a chegada na instituição, o objetivo final desse acolhimento é traçar um processo terapêutico singular pra que esse usuário se encaixe na dinâmica da instituição. Então quando ele se encaixa na dinâmica da instituição, a partir da demanda que ele traz, a gente diz que ele aderiu ao tratamento e tá passando a fazer bom uso dos nossos serviços, no caso né. Eu acho que seria isso.

Assistente Social – Eu acho o acolhimento imprescindível. (...) Eu já percebi que tem muitos usuários que vem aqui só no acolhimento e não voltam mais. Aí eu já refleti, será que não foi o problema no próprio acolhimento? Ontem mesmo eu fui fazer, eu e outra Assistente Social, nós fomos visitar um usuário (...) e ele disse que não gostou do profissional [que realizou o acolhimento], do jeito como ele o abordou. (...) A gente também não pode dizer que a culpa foi do profissional que fez o acolhimento, mas ele deixou bem claro (...) que não veio mais porque não gostou do acolhimento, por causa da forma como a pessoa, de certa forma, o abordou no momento, né. Falava muito alto, era autoritário, arrogante, aí não gostou e não veio mais. Parecia que era, como se fosse, que tava numa delegacia, que tava com um delegado.

Recepcionista – É porque eles já chegam aqui tão debilitados, tão já cansados, desacreditados, que se você não souber acolher, realmente ele não volta não.

Pedagoga – E as vezes ele fica como medo.

Enfermeira – E assim, é importantíssimo essa acolhida porque a partir do acolhimento que a gente vai dar direção ao tratamento, né.

Assistente Social – E ele não se sentiu acolhido. O problema foi esse.

Psicólogo – E eu acho que o acolhimento vai pr'além da instituição, né, o acolhimento é uma coisa mais subjetiva, é uma coisa de uma escuta ampliada mesmo, no território, onde você pode tá no território fazendo uma oficina extra-muro e chega uma demanda, você vai acolher aquilo. Então o acolhimento não é só a formalização de um procedimento de cadastro disso não, é todo aquele processo de orientação, de escuta ampliada, tem que saber escutar. (...) Então é importante que ele fale, a gente deixa ele falar, faça essa escuta, deixe ele falar, entenda, saiba fazer as intervenções necessárias durante o processo de acolhimento pra poder criar esse vínculo e fazer com que ele entenda que o processo de trabalho daqui, o que a gente se propõe a fazer é um trabalho mais humanizado, diferenciado de outros processos que a própria reforma critica né, a reforma psiquiátrica critica, então o processo psiquiátrico da gente é diferenciado.

As falas dos profissionais mostram o desafio da atividade de acolhimento. A contribuição de cada profissional no acolhimento é reconhecida, quando o vínculo é constituído, ou seja, quando o usuário adere ao tratamento, frequenta todas as atividades propostas,

toma as medicações recomendadas, etc. O não retorno demonstra que a atividade do acolhimento não foi bem conduzida ou as nuances do atendimento, o uso de si que cada profissional imprimiu em seu fazer, não foi bem entendido pelo usuário.

A atividade de acolhimento envolve o levantamento de várias informações sobre a vida do usuário, e o modo como as questões são colocadas pode ser interpretado como um interrogatório, tendo em vista a situação de fragilidade do usuário e seu comprometimento com as drogas. As experiências anteriores dos usuários, com agentes policiais e judiciários, nos casos de usuários envolvidos com drogas, deixaram marcas que podem ser rememoradas no acolhimento. Esta situação manifesta mais uma vez o caráter enigmático desta atividade. Quando um dos profissionais participantes do diálogo disse que o não retorno do usuário não pode ser atribuído ao acolhimento do profissional, quer dizer, em nossa interpretação, que na atividade vários aspectos podem ter concorrido para que o usuário não tenha gostado do modo como à prática se efetivou. Entretanto, todos são unânimes em afirmar que esta atividade é fundamental para o sucesso do projeto terapêutico do usuário e cada um deve empenhar-se da melhor maneira possível em sua realização.

Como já se afirmou anteriormente a atividade dos profissionais envolve escolhas e decisões que são aspectos dos valores não dimensionáveis do trabalho. Dentre estes valores, os profissionais citam o respeito pelos usuários. Diferentemente do modelo anterior, em que o usuário somente era considerado na hora de tomar a medicação, o respeito à subjetividade do indivíduo é elemento essencial em se tratado da questão dos valores dos profissionais. Condição essa, que se insere, conforme Lobosque (2001), nos princípios da Reforma Psiquiátrica, que no tratar do portador de sofrimento mental busca: resgatar seu poder de decisão, respeitar sua liberdade, obter seu consentimento e participação no tratamento, possibilitar-lhe o convívio social e afirmar seus direitos de cidadania.

Cena 01 – Diálogo 06

Assistente Social – Uma coisa que eu considero primordial, essencial dentro da instituição é a educação e o respeito né? Que você tem que ter com os usuários, eu acho assim primordial né? Você tem que ter respeito pelo usuário, sem menospreza-lo, sem subestima-lo né? Eu acho assim primordial.

Pedagoga – É.

Esse respeito se configura pelo modo diferenciado do fazer o cuidado no CAPS, que se inicia com o acolhimento e culmina com a elaboração do processo terapêutico de cada usuário. Compreende também a definição por parte dos profissionais, em conjunto com o usuário, ainda no momento do acolhimento, dos procedimentos adotados para o tratamento do usuário. São definidas as atividades que o usuário realizará e os horários que cumprirá no CAPS. Os procedimentos são específicos, de modo que se levem em consideração as variabilidades de cada caso, por exemplo, a maneira pela qual cada usuário chega até o centro (se enviado pela justiça, pela família, ou espontaneamente), qual a disponibilidade dos usuários, entre outros. O diálogo a seguir demonstra como os trabalhadores constroem o processo terapêutico.

Cena 01 – Diálogo 07

Pesquisador – Então como é que é, no caso, como é que vocês montam esse processo terapêutico?

Psicólogo – A gente expõe pra ele o quadro de atividades que a gente tem disponível, né, vê quais são as aptidões do sujeito, vê se ele se encaixa em algumas daquelas atividades que a gente se propõe a fazer, lógico que nada fechado demais, se ele tiver uma outra proposta de atividade que a gente possa tá fazendo isso em paralelo ao que a gente já tem, nada que impeça de a gente fazer também, né.

Assistente Social – Tem a questão também da disponibilidade né, que tem alguns que trabalham, a disponibilidade que eles podem dar ao próprio tratamento, isso tem que levar em conta.

Psicólogo – Tem um caso... Cada caso é um caso. Tem um caso que é enviado da justiça, que requer uma frequência, tem que voltar e tantos dias ele tem que tá trabalhando, tantos dias tem que tá aqui, então tem casos específicos.

O trabalhar dos profissionais nesta nova ótica da atuação psicossocial envolve as variabilidades das situações de trabalho, as variabilidades humanas dos trabalhadores em sua atividade, as nuances das demandas dos usuários, os valores sem dimensão que o objeto da saúde faz emergir, os agrupamentos coletivos e interdisciplinares que se tecem no meio.

O APRENDIZADO A PARTIR DA EXPERIÊNCIA DIÁRIA: NORMATIZAÇÕES E RENORMATIZAÇÕES

Nos encontros com os profissionais, foi possível perceber a existência de normas e procedimentos, para que os mesmos desenvolvam suas atividades, como os manuais e portarias do Ministério da Saúde. Entretanto, o que está geralmente prescrito é o que se deve fazer. O como é justamente a defasagem que o profissional encontra quando entra em contato com o trabalho vivo, a atividade. Conforme coloca Schwartz (2007), nem sempre essas normas estão dadas, cabendo ao trabalhador fazer regulações que garantam a execução do trabalho e, assim, a continuidade do mesmo.

Para dar conta da sua atividade, o profissional é convocado a enfrentar as exigências da demanda dos usuários, as variabilidades técnicas e humanas do seu trabalho e fazer a sua gestão. Nesse contexto, o profissional precisa constantemente se munir dos conhecimentos necessários para enfrentar a demanda do serviço. Um exemplo disso no trabalho do CAPS foi o fato destacado por uma das profissionais, sobre a necessidade de maior conhecimento sobre drogas, uma vez que se tratado de um serviço que lida com a

questão da dependência química, é fundamental ao trabalhador ter acesso a essas informações.

Cena 02 – Diálogo 08

Assistente Social – Porque se a gente trabalha em uma instituição que obviamente os usuários são dependentes químicos, a gente tem que saber muito bem, teoricamente, operacionalmente sobre as drogas. (...) Pra mim é um desafio constante, né, é um desafio constante onde a gente tem que estar estudando, o tempo todo também, tem que se aprofundar, na temática, na questão da drogadição, da dependência química, né, inclusive pra passar isso pras oficinas, que imagine você trabalhar com dependente químico e não entender nada de dependência química, né, porque eles perguntam pra gente também.

Assistente Administrativo – De certa forma é uma redução de danos.

Assistente Social – É, é uma redução de danos. Não é? Tá entendendo? Ai a gente tem que ter o maior cuidado, a gente tem que entender muito.

Os profissionais com isto explicitam esta característica de re-normatização permanente do trabalho no CAPS. No que concerne ao tratamento dos usuários, verificou-se que existe um conjunto de normas sobre o que deve se fazer em termos de assistência, mas na prática em face das diversas variabilidades e situações inusitadas se percebeu a existência de um vazio de normas, espaço esse onde, segundo Schwartz (2007), é preciso que o profissional faça uso de suas próprias capacidades, de seus próprios recursos e de suas próprias escolhas para gerir essa lacuna.

Nesse contexto, ganha espaço no CAPS o trabalho do/com o outro, pois para dar conta da atividade, diante das lacunas prescritivo-reais, verificou-se que os coletivos funcionam como um suporte para as regulações necessárias à realização da tarefa. Segundo

Schwartz (2007), para dar conta das infidelidades do meio, os trabalhadores precisam criar redes, normalmente invisíveis, para viabilizar suas ações. No diálogo abaixo, verifica-se o papel do coletivo frente à problemática da ausência de prescrição no CAPS.

Cena 02 – Diálogo 09

Pesquisador - Quando vocês chegaram aqui vocês tiveram algum documento? Tiveram alguma cartilha? Algum treinamento? Algo do tipo que auxiliou vocês na prática?

Pedagoga - Como no início, quando foi pra abrir o CAPS III, eu comecei lá. Nós tivemos um treinamento, mas depois não se teve mais. A gente foi aprendendo com os outros. Não tem cartilha, não tem... Mais ou menos a gente tem a noção de como é o trabalho no CAPS

Pesquisador - O assistente administrativo falou um pouquinho a questão das leis e de algumas normas da própria, do próprio ministério da saúde né? Então o que é que tem nessas leis? O que é que eles dizem que no caso, eu posso utilizar?

Assistente Administrativo – Eu creio que eles tragam mais, em linhas gerais, tipo, no caso do CAPS ad II: horário de funcionamento, dia de funcionamento, o que o usuário aqui vai ter direito. Eu pra ser sincero nunca parei pra ler essas leis, tá entendendo? Mas, pelo que eu tenho observado, ele fala mais do funcionamento geral, no sentido de dias de funcionamento do CAPS. No caso do CAPS III que é uma legislação pra CAPS, no caso III né? O CAPS funciona todos os dias da semana 24 horas, tantos leitos, tá entendendo? Se vai no caso do CAPS ad II, que é esse aqui, não tem leito. Aqui o usuário não fica internado aqui, não fica interno aqui. Então trata dessas linhas questão de financiamento, verbas, quanto vem de verba, esse tipo de coisa sabe?

As falas demonstram bem o caráter prescritivo das portarias e manuais do Ministério da Saúde. O aprendizado do fazer no CAPS ad foi obtido a partir do contato com outros profissionais e, também, a partir da sua própria prática, da experiência do dia a dia. É com a prática, que o profissional vai aperfeiçoando seu fazer e aprende novos modos de fazer, enfrentado os acontecimentos. As demandas do dia a dia permitem que os profissionais desenvolvam seu saber-fazer.

Clot (2010) afirma que essas constantes estilizações por parte dos trabalhadores são necessárias para viabilizar o exercício profissional. Para o autor, estilo individual é, antes de mais nada, a transformação dos gêneros na história real das atividades, no momento de agir em função das circunstâncias. Ou seja, existem algumas prescrições, contudo a configuração da atividade se dá na dinâmica do encontro com o real, como podemos verificar no diálogo que se segue.

Cena 02 – Diálogo 10

Assistente Administrativo – Eu creio que tirando a legislação sobre saúde mental, sobre funcionamento de CAPS, que é geral né? É uma norma editada pelo ministério da saúde, eu creio que fora essa, pelo menos aqui no CAPS ad não tem uma cartilha específica “Você faz assim, assim”. É com a experiência com o dia a dia.

Assistente Social – Tipo assim, eu caí de paradas e foi só a partir da observação participante ou não participante, né? Só observando, olhando com curiosidade. Eu fazia as coisas muito erradas no início, eu lembro né? Exatamente porque não que exista uma cartilha, mas pelo menos alguém pra te orientar, tá entendendo? Inclusive até como você deve se portar né? Diante de uma nova demanda né? Aí assim, eu achei um pouco estranho porque eu não tive essa orientação na instituição que eu acho que é preciso, pra a gente não se sentir tão peixe fora d’água então pra eu me sentir um pouquinho um peixe dentro d’água acho que foi uns 3,4 ou 5 meses.

Conforme percebido no diálogo 10, o profissional foi confrontado com as exigências do trabalho e se desenvolveu de acordo com o seu repertório de conhecimento, além da ajuda dos colegas de trabalho. A experiência do trabalho é formada pelo conjunto dos saberes acumulados, historicamente, por determinado grupo de profissionais e pelos conhecimentos que o trabalhador detém sobre as especificidades do trabalho. Para o desenvolvimento da atividade é, pois, fundamental experiência do trabalho e abertura para as singularidades que incitam a iniciativa e o agir pessoal e coletivo. Schwartz (2006 apud HONORATO; PINHEIRO, 2008) valoriza a experiência como fonte para a compreensão das situações de trabalho,

em uma relação dialética com o conhecimento científico. Isso significa que a atividade é sempre enigmática e exige que o trabalhador esteja atento ao contexto. No diálogo que se segue, os profissionais retomam a importância da experiência profissional apontando que a prática é a principal fonte de aprendizado do trabalho.

Cena 02 – Diálogo 11

Pesquisador – O que mais assim que pode me auxiliar pra realizar, no caso, essas atividades? Pra mim enquanto profissional, além dos...

Psicólogo – Acho que a formação de cada um né? Acho que durante o processo de formação você vai trazer a sua experiência de estágio, de formação mesmo e chegar aqui e em conjunto com os demais profissionais que compõem a equipe você vai se adequando aquilo que o sistema substitutivo, que é o CAPS, vai propor pro atendimento com o usuário no regime de permanência livre. Acho que é isso.

Enfermeira – E no dia a dia assim com a prática, na realização das oficinas a gente ouvindo vai sentindo e percebendo as necessidades dos usuários, assim, uma dinâmica, uma escuta e aí vai engajando e até indica pro psicólogo um atendimento individual, insere em outra oficina, que ele tenha mais perfil. Tudo isso a gente vai observando no dia a dia, né? Com a prática.

Outra característica, sobretudo deste tipo de serviço, é a necessidade da realização de um trabalho interdisciplinar. No diálogo seguinte, os profissionais abordam o compartilhamento das atividades realçando o trabalho interdisciplinar vivenciado na prática.

Cena 02 – Diálogo 12

Psicólogo – E o profissional tem essa liberdade de... como a gente trabalha essa questão da interdisciplinaridade, ele tem a liberdade de, por exemplo, saber que tem uma oficina de dinâmica de grupo, então, as dinâmicas são variáveis né, e aí ele tem a liberdade de certa forma, até de entrar na área de atuação de outro profissional, sabe? Digamos assim, não é uma coisa que a gente foi formado pra isso, mas a gente vai e entra a questão, nós já fizemos, por exemplo, na área de psicologia, nós já fizemos oficinas informativas, sobre DST's e de certa forma a gente entra na área de enfermagem, que é quem faz esse tipo de trabalho, então a gente faz essa interlocução...

Enfermeira – Como a enfermagem entra na cidadania, né.

Assistente Social – E é uma proposta da própria Reforma Psiquiátrica, né.

Enfermeira – É.

Entretanto, os profissionais vivenciam o trabalho interdisciplinar de modo paradoxal. Por um lado, devido à existência das variabilidades e singularidades do serviço desempenhado, cada tipo de CAPS tem demandas e exigências diferenciadas, os profissionais usam de sua engenhosidade e inventam modos coletivos de fazer a atividade. Por outro lado, existem experiências de construção de determinadas normas para nortear o trabalho interdisciplinar.

Duraffourg (2007) coloca que ainda que o prescrito tenda a se dissolver, na medida em que se fixam objetivos e os trabalhadores devem dar conta para atingir os resultados, o prescrito é necessário, constituindo-se como patrimônio da humanidade, e pode contribuir diretamente para o desenvolvimento das atividades de trabalho.

Cena 02 – Diálogo 13

Psicólogo – Resumindo, não existe planejamento, não existe organização por parte de algumas pessoas, não existe uma cartilha de como fazer um trabalho em equipe multidisciplinar, aqui.

Assistente Social – Nem se existisse ela não seria cumprida... [risos]

Assistente Administrativo – É muito difícil. É uma equipe multidisciplinar, tratando de pessoas múltiplas com situações diversas, então se tivesse uma cartilha ia ser um compêndio gigantesco pra abarcar, ou englobar cada situação, cada caso, ia ficar uma coisa, sabe assim...

Psicólogo – Agora existe um certo anseio por parte de alguns técnicos de que os protocolos de atendimento sejam uniformizados, efetivados, seja uma coisa mais concreta pra que a gente possa, tipo, se subsidiar por ele.

Apesar de admitirem a impossibilidade de normatizar a atividade por inteiro, pois a prescrição nunca é capaz de abarcar a complexidade do real, os profissionais destacam a necessidade de padronização de alguns procedimentos e protocolos que facilitariam o desenvolvimento do trabalho. Contudo, não deixam de reconhecer a existência do imponderável da atividade, o que escapa ao normativo.

A dramática da atividade dos CAPS pôde ser percebida nas observações e nos encontros realizados com os profissionais. O cotidiano é multifacetado, os dias de trabalho nunca são iguais, por exemplo, na escala tem os dias em que os profissionais de nível superior (técnicos de referência) realizam acolhimento e, em outros dias, desenvolvem oficinas com os usuários. Além disso, existem as necessidades do trabalho que são da ordem do imponderável, imprevistos, o que leva os profissionais a desenvolverem outras funções, que não as usuais, e produzirem renormatizações das situações de trabalho para manter o CAPS funcionando.

Cena 02 – Diálogo 14

Assistente Social – É... dependendo do dia, tem dia que a gente faz acolhimento tem aqui a tabela né? Organizando as atribuições das pessoas que estão aqui naquele determinado dia né? Ai dependendo do dia, tem dia que eu faço acolhimento, certo? Então eu já fico pronto e se chegar qualquer pessoa eu já vou ser a responsável pelo acolhimento daquela pessoa. Se for oficina, eu já tenho que trazer né? É obrigação nossa de trazer a oficina pronta, certo? Essa oficina com o que? Com o objetivo determinado, certo? A oficina não pode ser como se diz assim, trabalhada, socializada se você não tem um objetivo.

Psicólogo – E quantas vezes a gente não já consertou mesa, porta, cadeira, descarga de banheiro...

Pedagoga – É, o psicólogo é um x-tudo daqui.

Psicólogo – Então a gente organiza essas coisas pra ver se minimamente funciona, de uma forma que a gente possa tá trabalhando.

Psicólogo – Às vezes a gente faz e o pessoal diz: “Olha isso aqui não é tua função não, tá varrendo e tal, ou tá limpando o fogão, ou tá consertando uma porta que quebrou”, como aqui muitas vezes a gente faz.

Pedagoga – “Isso é a prefeitura rapaz!”

Psicólogo – “Rapaz, faça isso não, isso é a prefeitura que faz!”

Com base nesses relatos, é possível perceber que essas solicitações requerem trabalhadores polivalentes. Entretanto, devido o contexto laboral de instabilidade e precarização, os profissionais precisam trabalhar cada vez mais, garantindo o funcionamento do CAPS a fim de manter seu emprego.

Dessa forma, descobre-se que tal organização pode ser perigosa para o equilíbrio psíquico, visto que a pressão no contexto laboral

pode ser desencadeadora de fadiga, patologias e tensão (DEJOURS; DESSORS; DESRIAUX, 1993).

Por outro lado, a iniciativa tomada por alguns profissionais mostra o interesse pelo ambiente laboral e a satisfação em contribuir para que as coisas se realizem. Segundo Brito, Neves e Athayde (2001), sentir-se em boa saúde é sentir-se capaz de criar e seguir novas normas de vida. É sentir-se em poder de agir sobre seu meio e transformá-lo segundo seus próprios anseios, como foi possível observar nas falas dos trabalhadores. Diante de situações de insuficiência de normas, os trabalhadores, individual e coletivamente, mobilizam-se para dar conta da atividade. E essa mobilização, esse processo de (re)construção de normas, constitui-se como saúde.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A partir da proposta de construir uma análise da relação trabalho-saúde de profissionais que atuam na equipe multiprofissional dos CAPS foi possível adentrar em uma complexa teia de atividades que permitiu a construção de uma análise aprofundada acerca da saúde do cuidador. Nesse sentido, remete-se à relevância de se compreender tal categoria de trabalhadores que se encontram situados em um contexto de profundas transformações. Tal contexto exige constantes adequações no modo de saber fazer desses profissionais, que ainda lidam diariamente com uma demanda desafiadora. O trabalho realizado frente a tal demanda é de cunho social, colocando os profissionais enquanto atores sociais de fundamental importância na busca pela saúde de tantos cidadãos. Necessitando, dessa forma, da construção de reflexões acerca de sua própria saúde para que tais atores possam continuar a desempenhar suas atividades e seu papel dentro da sociedade.

Observou-se que os documentos que regem a atuação nos CAPS elencam as atividades a serem realizadas, porém os modos de fazer não estão regulamentados oficialmente. Estes são construídos pelo coletivo da instituição que constrói estratégias, define normas e valores pautados na prática da atividade. Dentro deste contexto de ausência de normas, a inteligência da prática é fundamental para encontrar caminhos para desenvolver o trabalho como um todo.

Neste quadro, cada trabalhador possui atribuições específicas dentro da equipe multiprofissional. Porém, observou-se que as fronteiras disciplinares são flexíveis permitindo que os profissionais solicitem a atuação do colega frente a uma demanda encontrada permitindo, dessa forma, que o trabalho seja desenvolvido.

Através das observações, assim como dos grupos de discussão sobre o trabalho, foi possível identificar, nos mais diversos âmbitos, as diferenças entre o prescrito e o real na atividade desenvolvida pela equipe. Os trabalhadores apontam que os documentos que norteariam o desenvolvimento do trabalho não dão conta da realidade da atividade, de forma que os trabalhadores se situam de forma paradoxal em relação à organização do trabalho, ora ressaltando o espaço para expressar sua criatividade, ora trazendo o sofrimento pela ausência de normas. As perspectivas teórico-metodológicas que alicerçaram o desenvolvimento desta pesquisa concordam que as normas são sempre insuficientes para dar conta do real. O real é sempre enigmático, surpreendente e traz um movimento, um encontro com o inesperado. Isso se apresentou nesta pesquisa por meio da fala dos próprios trabalhadores, que afirmam que seria necessário um compêndio para dar conta de normatizar tudo e, ainda assim, não seria cumprido.

Contudo, a despeito desse abismo, sempre irreduzível, os trabalhadores também apontaram sua necessidade de regulamentação em alguns procedimentos realizados em suas atividades. Desse modo, observa-se que por mais que haja a insuficiência das normas, elas são importantes, pois funcionam como referencial e servem aos sujeitos como ponto de partida no processo de atividade.

No estudo, destaca-se a importância da liberdade de agir do indivíduo sobre a organização do trabalho e sobre as relações que se desenham nessa esfera, como fundamentais dentro da dinâmica da saúde. Dentro deste contexto, verifica-se a importância do fortalecimento dos coletivos de trabalho para que os trabalhadores possam enfrentar as problemáticas que envolvem o fazer do CAPS, criando estratégias coletivas, e fortalecendo as individuais, e dessa forma encontrando caminhos para se manterem saudáveis frente a uma atividade tão desafiadora, e com um papel social tão

importante.

REFERÊNCIAS

ASSUNÇÃO, A. Uma contribuição ao debate sobre as relações saúde e trabalho. **Ciência & Saúde Coletiva**, v.8, n.4, p.1005-1018, 2003.

ATHAYDE, M. Saúde mental e trabalho: questões para discussão no campo da saúde do trabalhador. In: GOMEZ, C. M.; MACHADO, J.; PENA, P. G. L. (Orgs.). **Saúde do trabalhador na sociedade brasileira contemporânea**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2011. p. 345-367.

BENDASSOLLI, P. F.; SOBOLL, L., A., P. Introdução às clínicas do trabalho: aportes teóricos, pressupostos e aplicações. In. BENDASSOLLI, P. F.; SOBOLL, L., A., P. (Orgs.). **Clínicas do trabalho: novas perspectivas para compreensão do trabalho na atualidade**. São Paulo: Atlas, 2011. p. 3-21.

BORGES, M. E. S. **O RH está nu: tramas e urdiduras por uma gestão do trabalho**. 2006. 284 f. Tese (Doutorado em Psicologia) – Programa de Pós-Graduação em Psicologia Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria 336**, de 19 de Fevereiro de 2002. Disponível em: <<http://dtr2001.saude.gov.br/sas/POR-TARIAS/Port2002/Gm/GM-336.htm>. Acesso em: 01 mai 2011.

BRITO, J. et al. O trabalho nos serviços públicos de saúde: entre a inflação e a ausência de normas. In. ASSUNÇÃO, A. A.; BRITO, J. (Orgs.). **Trabalhar na saúde: experiências cotidianas e desafios para a gestão do trabalho e emprego**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2011. p. 23-43.

BRITO, J.; NEVES, M.; ATHAYDE, M. (Orgs.). **Caderno de textos: Programa de formação em saúde, gênero e trabalho nas escolas**. João Pessoa: Ed. Universitária/ UFPB, 2001.

CANGUILHEM, G. Meio e normas do homem no trabalho. **Proposições**, v.12, n. 2-3, p.109-121, 2001.

CLOT, Y. Clinique du travail, clinique du réel. **Le journal des psychologues**, n.185, p. 48-51, 2001.

CLOT, Y. **A função psicológica do trabalho**. Petrópolis: Vozes. 2006.

CLOT, Y. Trabalho e sentido do trabalho. In: FALZON, P. (Org.). **Ergonomia**. São Paulo: Editora Blucher, 2007. p. 265-280

CLOT, Y. **Trabalho e poder de agir**. Belo Horizonte: Fabre Fac-tum, 2010.

DEJOURS, C. Por um novo conceito de saúde. **Revista Brasileira de Saúde Ocupacional**. São Paulo, v.14, n.54, p.7-11, 1986.

DEJOURS, C. **A loucura do trabalho**. São Paulo: Cortez / Oboré, 1992.

DEJOURS, C. Addendum. Da psicopatologia à psicodinâmica do trabalho. In: LANCMAN, S.; SZNELWAR, L. I. (Orgs.). **Christophe Dejours: da psicodinâmica à psicopatologia do trabalho**. Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, Brasília: Paralelo 15, 2004a. p. 47-104.

DEJOURS, C. O trabalho como enigma. In: LANCMAN, S.; SZNELWAR, L. I. (Orgs.). **Christophe Dejours: da psicopatologia à psicodinâmica do trabalho**. Rio de Janeiro/ Brasília: Fiocruz/ Paralelo 15, 2004b. p.127-139.

DEJOURS, C.; ABDOUCHELLI, E.; JAYET, C. **Psicodinâmica do trabalho: contribuições da escola dejouriana à análise de prazer, sofrimento e trabalho**. São Paulo: Atlas, 1994.

DEJOURS, C; DESSORS, D.; DESRIAUX, F. Por um trabalho, fator de equilíbrio. **Revista de Administração de Empresas**, v. 33, n. 3, p. 98-104, 1993.

DURAFFOURG, J. O trabalho e o ponto de vista da atividade. In: SCHWARTZ, Y; DURRIVE, L. (Orgs.). **Trabalho e ergologia: conversas sobre a atividade humana**. Niterói: Eduff. 2007. p. 47-82.

DURRIVE, L.; SCHWARTZ, Y. Glossário de ergologia. **Laboreal**, v.IV, n.1, p.23 -28, 2008.

GOVERNO DA PARAÍBA. **Campina Grande possui sete CAPS e supera parâmetro nacional**. 2010. Disponível em:<prefeitura-campina-grande-pb.jusbrasil.com.br>. Acesso em: 12 ago. 2012.

GUÈRIN, F. et al. **Compreender o trabalho para transformá-lo: a prática da Ergonomia**. São Paulo: EDUSP: Vanzolini: Edgard Blücher, 2001.

HONORATO, C.; PINHEIRO, R. O trabalho do profissional de saúde mental em um processo de desinstitucionalização. **Physis**, v.18, n.2, p.361-380, 2008.

LANCMAN, S.; PEREIRA, L. M. F. Introdução. In: LANCMAN, S. (Org.). **Políticas públicas e processos de trabalho em saúde mental**. Brasília: Paralelo 15, 2008. p. 9-28.

LOBOSQUE, A.N. **Experiências da loucura**. Rio de Janeiro: Garamond, 2001.

MENDES, R.; DIAS, E. C. Da medicina do trabalho à saúde do trabalhador. **Revista de Saúde Pública**, v.25, n.5, p.341-349, 1991.

MINAYO, M.C.S. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. 12. ed. São Paulo: Editora Hucitec, 2010.

NARDI, H.C.; RAMMIGER, T. Modos de subjetivação dos trabalhadores de saúde mental em tempos de reforma psiquiátrica. **PHYSIS: Rev. Saúde Coletiva**, v.17, n.2, p. 265-287, 2007.

NEVES, M.; SELIGMANN-SILVA, E.; ATHAYDE, M. Saúde Mental e trabalho: um campo de estudos em construção. In: ARAÚJO, A. J. S. et al (Orgs.). **Cenários do trabalho**. Rio de Janeiro: DP&A. 2004. p. 19-49.

ODDONE, I.; RE, A.; BRIANTE, G. **Redécouvrir l'expérience ouvrière: vers une autre psychologie du travail?** Paris: Messidor, 1981.

REZENDE, M.; BRITO, J.; ATHAYDE, M. A automobilização de uma teleatendente para enfrentar as adversidades do trabalho em um Call Center. **Laboreal**, v.V, n.2, p.63-75, 2009.

SARACENO, B. **Libertando identidades: da reabilitação psicossocial à cidadania possível**. Rio de Janeiro: Te Corá, 1999.

SCHWARTZ, Y. **Ergonomie, philosophie et exterritorialité. Le paradigme ergologique ou un métier de philosophe**. Toulouse: Octarès, 2000.

SCHWARTZ, Y. Atividade. **Laboreal**, v.1, n.1, p.63-64, 2005.

SCHWARTZ, Y. Trabalho e ergologia. In: SCHWARTZ, Y; DURRIVE, L. (Orgs). **Trabalho e ergologia: conversas sobre a atividade humana**. Niterói: Editora da Universidade Federal Fluminense, 2007. p. 25-46.

UCHIDA, S. et al. Trabalhar em serviços de saúde mental: entre o sofrimento e a cooperação. **Laboreal**, v. VII, n.1, p.28-41, 2011.

SOBRE OS AUTORES

Ana Lúcia Camêlo Trovão – É Psicóloga, Especialista em Educação pela Universidade Federal da Paraíba (UFPB), Especialista em Saúde Mental pela Universidade Estadual da Paraíba (UEPB) e Mestre em Saúde Coletiva pela Universidade Estadual da Paraíba (UEPB). Tem experiência na área da Educação e da Saúde, atuando como Psicóloga Educacional no Município de Campina Grande, PB e na área da Saúde Mental como Coordenadora de Saúde Mental do Município de Boqueirão, PB.

E-mail: analucia.camelo@oi.com.br

Ana Maria Fernandes Pitta – Psiquiatra, Mestre e Doutora em Saúde Mental pela FMUSP, Pós-doutorados no Instituto Mario Negri, Milão, Itália; McGill University, Montreal, Canadá; Université Montréal, Canadá; trabalhando com avaliação da qualidade do cuidado em Saúde Mental e Rede de Atenção em Atenção Psicossocial e Substâncias Psicoativas. Ex- Coordenadora Nacional de Saúde Mental (1998-2000). Consultora em Saúde Mental na OMS, OPS, WAPR, MS. Docente aposentada do Dept^o. de Medicina Preventiva da FMUSP; professora e pesquisadora na Pós- Graduação em Políticas Sociais e Cidadania da UCSAL, onde coordena o Núcleo de Pesquisas em Saúde e Cidadania - NESC/CNPq; Docente da Pós-Graduação UniCEUMA, Presidente do Capítulo Brasileiro da WAPR e Vice-Presidente da Associação Brasileira de Saúde Mental - ABRASME.

E-mail: anapitta@usp.br ou ana.maria.pitta@gmail.com

Andrea Perosa Saigh Jurdi - Terapeuta Ocupacional formada pela Universidade de São Paulo, Mestre e Doutora em Psicologia Escolar e Desenvolvimento Humano pelo Instituto de Psicologia da USP, docente do Curso de Terapia Ocupacional da Universidade Federal de São Paulo, membro do Laboratório de Estudos Compartilhados em Saúde Mental da UNIFESP. Desenvolve atividades de ensino, extensão e pesquisa na área da infância, educação e saúde.

Carla Bertuol – Psicóloga. Docente da área Saúde Mental e Infância da UNIFESP, campus Baixada Santista. Mestre e Doutora em Psicologia Social (PUC-SP) com ampla experiência acadêmica e profissional na área da infância. Coordenadora do Curso de Psicologia - UNIFESP, Vice- coordenadora da Residência Multiprofissional em Rede de Atenção Psicossocial. UNIFESP. Membro do *Laboratório de Produção do Conhecimento Compartilhado em Saúde Mental*, onde trabalha/pesquisa com a rede de atenção psicossocial infantojuvenil local e PET- Saúde Mental.

E-mail: carlabertuol@hotmail.com ou bertuol.carla@gmail.com

Carla de Sant’Ana Brandão - Psicóloga, com formação em Clínica de base humanista pela Universidade Federal da Paraíba (UFPB), Mestre em Psicologia Social (UFPB), Doutora em Sociologia pela Universidade Federal de Pernambuco (UFPE) e Pós-doutoranda em Psicologia no Instituto Universitário de Lisboa (ISCTE/IUL), em Portugal. É professora Adjunta da Universidade Estadual da Paraíba (UEPB) e do Centro Universitário de João Pessoa (Unipê), onde leciona, supervisiona estágios e desenvolve atividades de pesquisa e extensão. Coordenadora da Linha de Pesquisa e Extensão “*Processos psicossociais e saúde na infância, adolescência e juventude*”, vinculada ao *Grupo de Pesquisa Estudos Interdisciplinares em Desenvolvimento Humano (UEPB/CNPq)*. Membro do Conselho Regional de Psicologia (CRP-13/PB – Gestão 2010 – 2013 e 2013 - 2016).

E-mail: carlasbrandaocosta@yahoo.com.br

Cleide do Nascimento Cavalcanti – Psicóloga, Especialista em Educação Especial pela Universidade Federal de Alagoas (UFAL) e

Especialista em Saúde Mental pela Universidade Federal de Campina Grande (UFCG). Atualmente é professora do departamento de Psicologia da Faculdade Maurício de Nassau, onde ministra as disciplinas Psiquiatria Básica e Psicopatologia e coordena os estágios 1, 2 e 3 da referida instituição na abordagem psicanalítica. Foi colaboradora no projeto de extensão “*Plantão de escuta psicológica: atendendo a comunidade no momento da necessidade*”, no período 2010 – 2012.

E-mail: cleide_1010@hotmail.com

Danyelle Almeida de Andrade – Doutoranda e Mestre em Psicologia pela Universidade Federal de Pernambuco, na linha de pesquisa Processos Sociointerativos e Desenvolvimento Humano. Aluna do curso de Especialização em Neuropsicologia pelo Centro Universitário de João Pessoa (Unipê). Graduação (Bacharelado e Licenciatura) em Psicologia pela Universidade Estadual da Paraíba (UEPB) na área de Psicologia Clínica. Desenvolve pesquisas acerca das seguintes temáticas: Representações Sociais, Envelhecimento, Desenvolvimento Humano.

E-mail: danyelle.aandrade@gmail.com

Deize Lima Gonçalves - Psicóloga pela Universidade Estadual da Paraíba (UEPB). Participou do Projeto de Extensão *Tratamento de tabagismo: enfoque multidisciplinar* pela Universidade Federal de Campina Grande (UFCG), no período de 2010 a 2012. Foi aluna de Iniciação Científica da linha Processos Psicossociais e Saúde atuando em dois projetos de pesquisa: *O estudo da resiliência em pacientes oncológicos*, cota 2011-2012 (colaboradora) e *Representação social da saúde pelo homem jovem*, cota 2012-2013 (bolsista). Atuou como professora bolsista no Programa Nacional de Acesso ao Ensino Técnico e Emprego (PRONATEC), pelo IFPB campus Monteiro, 2014 e 2015. Atualmente é psicóloga na Prefeitura Municipal de Nova Floresta-PB. Áreas ou temas de interesse: Psicologia da Saúde, Psicologia Humanista Existencial, Psicoterapia Grupal, Assistência social, Políticas Públicas.

E-mail: deizidlima@gmail.com

Edil Ferreira Silva – Doutor em Saúde Pública pela Escola Nacional de Saúde Pública da Fundação Oswaldo Cruz. Professor Adjunto do Departamento de Psicologia da UEPB. Membro e líder do Grupo de Pesquisa Trabalho, Saúde e Subjetividade. Docente do Programa de Pós-graduação em Serviço Social da UEPB. Docente do Programa de Pós-graduação em Psicologia da Saúde da UEPB. Pesquisador em Psicologia do Trabalho e Saúde do Trabalhador.

E-mail: edilsilva@uol.com.br

Eduardo Breno Nascimento Bezerra – Psicólogo pela Universidade Estadual da Paraíba (UEPB) e em Administração pela Universidade Federal de Campina Grande (UFCG). Foi bolsista do PROPESQ/PIBIC cota 2011-2012. Temas de interesse: Psicologia Organizacional e do Trabalho, Saúde e Subjetividade no Trabalho.

E-mail: eduardobreno@hotmail.com

Ernesto Venturini – Médico Psiquiatra; colaborador de Franco Basaglia no processo de desinstitucionalização na Itália. Contribuiu ativamente para o êxito da lei de reforma psiquiátrica italiana. Desempenhou papéis de responsabilidade na Saúde Pública na Região Emilia Romagna. Colaborador de Universidades italianas e internacionais. Autor de alguns livros de psiquiatria. Cooperou com a OMS (WHO) em alguns países da África. Assessor da OPAS para a América Latina. Acompanhou a reforma psiquiátrica brasileira desde 1992.

E-mail: eventurini250@gmail.com

Fabiana Maria de Souza – Especialista em Saúde Coletiva e Sociedade pelo Instituto Brasileiro de Pós-graduação e Extensão (IBIPEX); Graduação (Bacharelado e Licenciatura) em Psicologia pela Universidade Estadual da Paraíba (UEPB) na área de Psicologia Clínica. Atuação no Sistema Único da Assistência Social- SUAS como psicóloga do CREAS (João Dourado-BA) e CRAS (Uibaí-BA), Professora de Psicologia do Centro de Formação de Recursos Humanos - CEFAE.

E-mail: fabiana.ms@hotmail.com

Fernando Sfair Kinker – Professor Adjunto do Curso de Terapia Ocupacional e do Eixo Trabalho em Saúde da UNIFESP - Baixada Santista. Doutor em Ciências Sociais pela PUC-SP, tem experiência em projetos de desinstitucionalização e de implantação de serviços comunitários de saúde mental. É membro do Laboratório de Produção de Conhecimento Compartilhado em Saúde Mental da UNIFESP-BS e Coordenador da Residência Multiprofissional em Redes de Atenção Psicossocial da Unifesp-Baixada Santista. Faz parte da Coordenação do Curso de Aperfeiçoamento em Saúde Mental na Atenção Básica do polo-UNASUS da Unifesp.

Florianita Coelho Braga-Campos – Psicóloga Social pela PUCSP e Doutora em Saúde Coletiva pela Unicamp. Professora de Saúde Coletiva, Supervisora de Estágio de Psicologia na Atenção Básica de Saúde e da Residência Multiprofissional em Redes de Atenção Psicossocial da UNIFESP, campus Baixada Santista. Membro do Laboratório do Conhecimento Compartilhado em Saúde Mental. Atualmente é pró-reitora de Extensão da Unifesp.

Gabriella Cézar dos Santos – Psicóloga Clínica, com formação e licenciatura em Psicologia pela Universidade Estadual da Paraíba (UEPB), Mestranda do Programa de Pós-Graduação em Psicologia da Saúde pela Universidade Estadual da Paraíba (UEPB). Foi integrante da linha de Pesquisa e Extensão “*Adolescência, Juventude e Saúde*”, atuando no projeto de extensão “*Plantão de escuta psicológica: atendendo a comunidade no momento da necessidade*” no período 2011-2012, desenvolvendo ações extensionistas na Clínica – Escola de Psicologia da UEPB e no Centro de Atenção Psicossocial, em Campina Grande. Integrante e Colaboradora do Grupo de Pesquisa em Psicologia da Saúde UEPB/CNPq desde 2013.

E-mail: gabriellacezar@hotmail.com

Isaac Alencar Pinto – Graduado em Psicologia pela Universidade Estadual da Paraíba (UEPB), Mestre em Psicologia pela Universidade Federal de Pernambuco (UFPE), Professor do Curso de

Psicologia da Faculdade Leão Sampaio, Juazeiro do Norte/CE. Áreas de interesse: Psicologia Social Comunitária, Psicologia da Saúde e Educação Popular.

Jáder Ferreira Leite – É Psicólogo pela Universidade Estadual da Paraíba (UEPB), Mestre em Psicologia pela Universidade Federal do Rio Grande do Norte (UFRN) e Doutor em Psicologia Social também pela UFRN. É Professor Adjunto do Departamento de Psicologia e do Programa de Pós-graduação em Psicologia da UFRN. Principais temas e áreas de interesse: Relações de Gênero, Movimentos Sociais e Produção de Subjetividade, Psicologia Comunitária e Contextos Rurais.

E-mail: jaderfleite@gmail.com

Magda Dimenstein – É Professora Titular do Departamento de Psicologia da Universidade Federal do Rio Grande do Norte (UFRN). Membro do Programa de Pós-graduação em Psicologia (UFRN). Doutorado em Ciências da Saúde pelo IPUB/UFRJ e Pós-doutorado em Saúde Mental pela Universidad Alcalá de Henares – Espanha. Bolsista de Produtividade em Pesquisa do CNPq – Nível 1. Principais temas e áreas de interesse: Saúde Mental, Atenção Primária e Formação do Psicólogo.

E-mail: magda@ufrnet.br

Maria do Carmo Eulálio – Psicóloga, docente do Departamento de Psicologia da Universidade Estadual da Paraíba (UEPB), docente do Mestrado em Psicologia da Saúde – UEPB. Doutora em Psicopatologia Clínica pela Université Paul Valéry (Montpellier- France), Mestre em Psicologia pela Universidade Federal da Paraíba. Líder do Grupo de Estudos e Pesquisas em Envelhecimento e Saúde (GE-PES). Desenvolve pesquisas principalmente nas áreas do Envelhecimento Humano e da Saúde Mental.

E-mail: carmitaeulalio.uepb@gmail.com

Maria Inês Badaró Moreira - Doutorado em Psicologia e Pós-doutorado em Saúde Coletiva pela UNICAMP. Pertence ao

Departamento de Políticas Públicas e Saúde Coletiva da Unifesp – BS. Docente da área de Saúde Mental na graduação e pós-graduação. Membro do Programa de Pós-Graduação Interdisciplinar em Ciências da Saúde da Universidade Federal de São Paulo – Campus Baixada Santista. Desenvolve atividades de ensino, extensão e pesquisa na área da saúde mental. Supervisiona atividades práticas e estágios em serviços de Saúde Mental. Membro do Laboratório do Conhecimento Compartilhado em Saúde Mental, onde realiza atividades de extensão e pesquisa. Faz parte da Coordenação do Curso de Aperfeiçoamento em Saúde Mental na Atenção Básica do polo UNA-SUS da Unifesp.

E-mail: mibadaro@gmail.com

Melina do Nascimento Perônico - Graduanda em Psicologia – UEPB. Bolsista de iniciação científica (Cota 2011-2012) do Grupo de Pesquisa Trabalho, Saúde e Subjetividade. Área de formação: Psicologia Educacional/Escolar. Temas de interesse: Psicologia do Desenvolvimento, Desenvolvimento Emocional da Criança, Psicologia do Trabalho, Saúde do Trabalhador, Políticas Públicas.

E-mail: melsupercat@hotmail.com

Myriam de Oliveira Melo – Psicóloga, com formação e licenciatura em Psicologia pela Universidade Estadual da Paraíba (UEPB), mestranda em Psicologia da Saúde pela UEPB, membro do Grupo de Pesquisa em Psicologia da Saúde, na linha Processos Psicossociais e Saúde.

E-mail: myriamoliveiramelo@hotmail.com

Paula Gabrielly Rasia Lira - Graduanda em Psicologia pela Universidade Estadual da Paraíba (UEPB). Bolsista de iniciação científica – PIBIC, cota 2012-2013 pelo Grupo de Pesquisa Trabalho, Saúde e Subjetividade. Temas de interesse: Psicologia do Trabalho, Psicologia Educacional e Desenvolvimento Humano.

E-mail: paularasia@hotmail.com

Pauleska Asevedo Nóbrega – Doutoranda e mestra em Psicologia

Clínica pela Universidade Católica de Pernambuco (UNICAP), na linha de pesquisa Psicopatologia Fundamental e Psicanálise. Especialista em Saúde Mental pelas Faculdades Integradas de Patos (FIP). Graduação (Bacharelado e Licenciatura) em Psicologia pela Universidade Estadual da Paraíba (UEPB), com ênfase na Clínica Psicanalítica. Foi professora da Especialização em Saúde Mental na FUNESO e Psicóloga Clínica das Faculdades de Ciências Médicas (FCM). Atua em consultório particular (Psicanálise) desde 2010. É colaboradora da Escola Brasileira de Psicanálise (EBP-PB).

E-mail: pauleskanobrega@hotmail.com

Pedro de Oliveira Filho - Graduado em Psicologia pela Universidade Estadual da Paraíba. Mestre em Psicologia Social pela Universidade Federal da Paraíba. Doutor em Psicologia Social pela Pontifícia Universidade Católica de São Paulo. Atualmente é Professor da Unidade Acadêmica de Psicologia da Universidade Federal de Campina Grande, do Programa de Pós-Graduação em Psicologia da Universidade Federal de Pernambuco e do Programa em Pós-Graduação em Psicologia da Saúde da Universidade Estadual da Paraíba. Temas de interesse: Discurso, Retórica, Construção Discursiva da Identidade Social, Construção Discursiva de Fatos e Saúde Mental.

Priscila Magalhães Barros - Doutoranda e mestra em Psicologia pela Universidade Federal do Rio Grande do Norte (UFRN) na linha de pesquisa Saúde, Avaliação Psicológica e Desenvolvimento Humano. Especialista em Neuroreabilitação pela mesma Instituição. Graduada em Psicologia pela Universidade Estadual da Paraíba (UEPB). Atualmente integra o Laboratório de Pesquisa e Extensão em Neuropsicologia (LAPEN/UFRN), desenvolvendo pesquisas nas áreas de Neuropsicologia do Desenvolvimento e da Aprendizagem e Avaliação Neuropsicológica Infantil.

E-mail: priscilamagalhaesb@gmail.com

Railda Sabino Fernandes Alves - Psicóloga, Professora do Departamento de Psicologia da Universidade Estadual da Paraíba (UEPB); e do Programa de Pós-graduação em Psicologia da Saúde

(UEPB). Doutora em Antropologia da Saúde e Mestre em Saúde Coletiva. Líder do Grupo de Pesquisa em Psicologia da Saúde.

E-mail: raildafernandesalves@gmail.com

Rossana Costa e Silva - Psicóloga, com formação em Clínica Humanista pela Universidade Estadual da Paraíba (UEPB), foi membro da linha de Pesquisa e Extensão “*Adolescência, Juventude e Saúde*” entre 2010 e 2013, desenvolvendo atividades no Centro de Atenção Psicossocial, em Campina Grande e na Clínica-Escola de Psicologia da UEPB, como extensionista do Projeto: *Plantão de Escuta Psicológica: Atendendo a comunidade no momento da necessidade* (Cotas 2011-2012 (bolsista) e 2012-2013); e atividades de pesquisa no projeto “*Saúde Mental na infância e adolescência: análise do perfil dos usuários do CAPSi de Campina Grande*” (PIBIC 2012 -2013). Foi integrante e colaboradora do Projeto: “*Análise da Relação Trabalho-Saúde de Profissionais de saúde mental*” (PROPESQ 2011-2012). Realizou Estágio Voluntário no CACE - Centro Assistencial de Criança Excepcional - (2010) e Estágio Voluntário no ICAE - Centro Campinense de Atenção Especial - (2010).

E-mail: rossanacostaa@gmail.com

Samkya Fernandes de Oliveira Andrade - Psicóloga, Professora do Departamento de Psicologia e Segurança do Trabalho da Faculdade Maurício de Nassau – Campina Grande. Mestre em Psicologia Social. Membro do Grupo de Pesquisa em Psicologia da Saúde na linha de Processos Psicossociais e Saúde. Temas de interesse: Dependência Química; Infância e Adolescência; Psicologia da Saúde; Psicologia Social.

Sara Regina Pessoa Dias de Oliveira - Graduada em Psicologia pela UEPB. Colaboradora do Grupo de Pesquisa Trabalho, Saúde e Subjetividade. Área de formação: Psicologia Educacional/Escolar. Temas de interesse: Psicologia do Desenvolvimento; A importância do Lúdico no Desenvolvimento Infantil, Psicologia do Trabalho, Saúde do trabalhador.

E-mail: regina.sarap@gmail.com

Thaís Augusta Cunha de Oliveira Máximo - Doutora em Psicologia Social pela Universidade Federal da Paraíba. Mestre em Psicologia Social pela Universidade Federal da Paraíba. Professora do Departamento de Psicologia da Universidade Federal da Paraíba e do Programa de Pós-graduação em Psicologia da Saúde da Universidade Estadual da Paraíba. Membro do Grupo de Pesquisa em Subjetividade e Trabalho (GPST).

E-mail: thaisaugusta@gmail.com

Thelma Maria Grisi Veloso - Psicóloga pela Universidade Federal da Paraíba (UFPB); Mestre em Serviço Social pela Universidade Federal da Paraíba (UFPB); Doutora em Sociologia pela Universidade Estadual Paulista (UNESP, campus de Araraquara); Professora do Departamento de Psicologia da Universidade Estadual da Paraíba (UEPB); Professora do Programa de Pós-graduação em Serviço Social (UEPB) e do Programa de Pós-graduação em Psicologia da Saúde (UEPB).

E-mail: thelma_veloso@yahoo.com.mx

Thiago Silva Fernandes – Psicólogo pela Universidade Estadual da Paraíba (UEPB). Aluno de Iniciação Científica da linha Processos Psicossociais e Saúde. Áreas ou temas de interesse: Psicologia da Saúde, Psicologia Hospitalar, Logoterapia e Análise Existencial, Terapia Familiar Sistêmica.

E-mail: thiagofernandes_g12@hotmail.com

Tiago Fernandes Alves – Doutorando pelo Programa de Pós-Graduação em Sociologia pela Universidade Federal da Paraíba (UFPB). Mestre e graduado em sociologia pela Universidade Federal de Campina Grande (UFCG). Pesquisador do Grupo de Pesquisa Sociabilidades e Conflitos Contemporâneos (SOCIATOS). Ultimamente vem desenvolvendo propostas de investigação em espaços urbanos e suas sonoridades em cidades de pequeno e médio porte.

Valéria Bezerra da Silva - Graduada em Psicologia na UEPB, foi membro da linha de Pesquisa e Extensão “*Adolescência, Juventude e Saúde*” desde 2010, atuando no projeto de extensão “*Plantão de escuta psicológica: atendendo a comunidade no momento da necessidade*”, no qual foi bolsista (PROBEX 2012 – 2013). Atuou no serviço da Clínica Escola de Psicologia da UEPB como estagiária e extensionista e no Centro de Atenção Psicossocial, em Campina Grande, como extensionista do referido projeto. Foi pesquisadora (PIBIC 2012-2013) do Projeto de Pesquisa “*Saúde Mental na infância e adolescência: análise do perfil dos usuários do CAPSi de Campina Grande*”; bolsista do Projeto “*Análise da Relação Trabalho-Saúde de Profissionais de saúde mental*” (PROPESQ 2010 – 2012) e monitora do Componente Curricular: *Psicologia do Desenvolvimento e da Aprendizagem*, no Departamento de Pedagogia da UEPB, em 2010. No período 2009 -2010, realizou estágio voluntário no CACE (Centro Assistencial de Criança Excepcional). Atualmente, faz Aprimoramento Profissional e Especialização em Psicologia Hospitalar no Instituto Central do Hospital das Clínicas (ICHC), pela Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (USP).

E-mail: valeria01.bezerra@gmail.com

Victor Hugo Farias da Silva – É licenciado e graduado em Psicologia pela Universidade Federal da Paraíba (UFPB), especialista em Psicologia Clínica pela Unidade de Estudos e Pesquisas em Psicologia e mestre em Psicologia pela Universidade Federal do Rio Grande do Norte (UFRN).

E-mail: victor.ufrn@hotmail.com.

Sobre o livro

Projeto gráfico/Capa	Erick Ferreira Cabral
Foto de capa	Lápis-cera sobre cartolina, 43,0 x 33,0 cm, 1976, por Carlos Pertius. Acervo do Museu de Imagens do Inconsciente – Rio de Janeiro.
Normalização	Jane Pompilo dos Santos
Revisão Linguística	Elizete Amaral de Medeiros
Mancha Gráfica	10,5 x 16,9 cm
Tipologias utilizadas	Adobe Garamond Pro 12/13,2 pt