

SAÚDE MENTAL EM CAMPO

DA LEI DA REFORMA PSIQUIÁTRICA
AO COTIDIANO DO CUIDADO

Márcio Mariath Belloc
Károl Veiga Cabral
Ana Carolina Rios Simoni
Paula Emília Adamy
Simone Alves de Almeida
(Orgs.)

Márcio Mariath Belloc
Károl Veiga Cabral
Ana Carolina Rios Simoni
Paula Emília Adamy
Simone Alves de Almeida

ORGANIZADORES

SÉRIE ATENÇÃO BÁSICA E EDUCAÇÃO NA SAÚDE

SAÚDE MENTAL EM CAMPO

**DA LEI DA REFORMA PSIQUIÁTRICA
AO COTIDIANO DO CUIDADO**

1ª EDIÇÃO
PORTO ALEGRE | RS
2019

editora

redeunida



FAÇA SUA DOAÇÃO E COLABORE

www.redeunida.org.br

editora

redeunida

Coordenador Nacional da Rede UNIDA

Túlio Batista Franco

Coordenação Editorial

Editor-Chefe: **Alcindo Antônio Ferla**

Editores Associados: **Ricardo Burg Ceccim, Cristian Fabiano Guimarães, Márcia Fernanda Mello Mendes**

Conselho Editorial

Adriane Pires Batiston – Universidade Federal de Mato Grosso do Sul, Brasil

Alcindo Antônio Ferla – Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Brasil

Ana Lúcia Abrahão da Silva - Universidade Federal Fluminense, Brasil

Àngel Martínez-Hernández – Universitat Rovira i Virgili, Espanha

Angelo Stefanini – Università di Bologna, Itália

Ardigó Martino – Università di Bologna, Itália

Berta Paz Lorido – Universitat de les Illes Balears, Espanha

Celia Beatriz Iriart – University of New Mexico, Estados Unidos da América

Débora Cristina Bertussi - Universidade São Caetano do Sul, Brasil

Denise Bueno – Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Brasil

Denise Antunes de Azambuja Zocche – Universidade do Estado de Santa Catarina, Brasil

Dora Lúcia Leidens Corrêa de Oliveira – Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Brasil

Emerson Elias Merhy – Universidade Federal do Rio de Janeiro, Brasil

Felipe Proença de Oliveira – Universidade Federal da Paraíba, Brasil

Francisca Valda Silva de Oliveira – Universidade Federal do Rio Grande do Norte, Brasil

Izabella Barison Matos – Universidade Federal da Fronteira Sul, Brasil

Hêider Aurélio Pinto – Universidade Federal do Recôncavo da Bahia, Brasil

João Henrique Lara do Amaral – Universidade Federal de Minas Gerais, Brasil

José Ivo dos Santos Pedrosa - Universidade Federal do Piauí, Brasil

Júlio César Schweickardt – Fundação Oswaldo Cruz/Amazonas, Brasil

Laura Camargo Macruz Feuerwerker – Universidade de São Paulo, Brasil

Laura Serrant-Green – University of Wolverhampton, Inglaterra

Leonardo Federico – Universidad Nacional de Lanús, Argentina

Lisiane Böer Possa – Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Brasil

Liliana Santos – Universidade Federal da Bahia, Brasil

Luciano Bezerra Gomes – Universidade Federal da Paraíba, Brasil

Mara Lisiane dos Santos – Universidade Federal de Mato Grosso do Sul, Brasil

Maria Augusta Nicoli – Agenzia Sanitaria e Sociale Regionale, Itália

Márcia Regina Cardoso Torres – Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro, Brasil

Marco Akerman – Universidade de São Paulo, Brasil

Maria das Graças Alves Pereira - Instituto Federal de Educação, Ciência e Tecnologia do Acre, Brasil

Maria Luiza Jaeger – Associação Brasileira da Rede UNIDA, Brasil

Maria Rocineide Ferreira da Silva – Universidade Estadual do Ceará, Brasil

Oswaldo Peralta Bonetti - Ministério da Saúde, Brasil

Odete Messa Torres – Universidade federal do Pampa, Brasil

Paulo de Tarso Ribeiro de Oliveira – Universidade Federal do Pará, Brasil

Renan Albuquerque Rodrigues – Universidade Federal do Amazonas/Parintins, Brasil

Ricardo Burg Ceccim – Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Brasil

Ricardo Luiz Narciso Moebus - Escola de Medicina da Universidade Federal de Ouro Preto, Brasil

Rodrigo Tobias de Sousa Lima – Fundação Oswaldo Cruz/Amazonas, Brasil

Rossana Staeve Baduy – Universidade Estadual de Londrina, Brasil

Simone Edi Chaves – Ideia e Método, Brasil

Sueli Terezinha Goi Barrios – Ministério da Saúde, Brasil

Túlio Batista Franco – Universidade Federal Fluminense, Brasil

Vanderléia Laodete Pulga – Universidade Federal da Fronteira Sul, Brasil

Vera Lucia Kodjaoglanian – Secretaria de Estado de Saúde de Mato Grosso do Sul, Brasil

Vera Maria Rocha – Associação Brasileira da Rede UNIDA, Brasil

Comissão Executiva Editorial

Márcia Regina Cardoso Torres

Gabriel Calazans Baptista

Letícia Stanczyk

Projeto Gráfico | Diagramação

Lucia Pouchain

Capa

Márcio Mariath Belloc

DADOS INTERNACIONAIS DE CATALOGAÇÃO NA PUBLICAÇÃO-CIP

S255 Saúde mental em campo: da Lei da reforma psiquiátrica ao cotidiano do cuidado / Márcio Mariath Belloc ... [et al.] organizadores – 1. ed. – Porto Alegre : Rede UNIDA, 2019.
267 p. – (Série Atenção Básica e Educação na Saúde)

ISBN: 978-85-54329-25-9

DOI: 10.18310/9788554329259

1. Saúde Mental. 2. Política de Saúde. 3. Desinstitucionalização. 4. Sistemas de Apoio Psicossocial. 5. Atenção Básica. 6. Educação em Saúde. 7. Sistema Único de Saúde (SUS). 8. Saúde Coletiva I. Belloc, Márcio Mariath (org.). II. Série.

NLM: WM 30

Catalogação elaborada pela Editor Rede UNIDA

Todos os direitos desta edição reservados à Associação Brasileira Rede UNIDA
Rua São Manoel, nº 498 - CEP 90620-110, Porto Alegre – RS. Fone: (51) 3391-1252

www.redeunida.org.br



Sumário

| | |
|--|-----|
| Saúde mental em campo: da Lei da Reforma Psiquiátrica ao cotidiano do cuidado | 9 |
| <i>Károl Veiga Cabral, Ana Carolina Rios Simoni, Sandra Maria Sales Fagundes</i> | |
| O trabalho do apoio institucional na perspectiva da desinstitucionalização em um hospital de custódia e tratamento psiquiátrico | 25 |
| <i>Claudia Tallemberg, Daniele Fraga Dalmaso, Raphael Vaz</i> | |
| Cenas e sentidos da desinstitucionalização..... | 37 |
| <i>Maria Carolina Pinheiro Meirelles, Tarissa dos Santos Rodrigues, Marília Silveira, Claudia Aparecida Amorin Tallemberg, Raphael Vaz</i> | |
| Gestão intersetorial de políticas públicas para a desinstitucionalização..... | 55 |
| <i>Ana Carolina Rios Simoni e Claudia Tallemberg</i> | |
| A violência sexual no contexto das mulheres institucionalizadas: um relato de experiência da gestão estadual de saúde | 73 |
| <i>Mariana Seabra Souza Pereira, Gisleine Lima da Silva, Helen Barbosa Santos</i> | |
| A implementação da estratégia da gestão autônoma da medicação (GAM) na política de saúde mental: um relato da experiência no Rio Grande do Sul | 85 |
| <i>Marília Silveira, Károl Veiga Cabral</i> | |
| Educação sobre drogas e dispositivos de cuidado: reflexões acerca da experiência de um caps ad com a redução de danos | 109 |
| <i>Adriana Van der Sand, Douglas Casarotto de Oliveira</i> | |
| Espaço Ciranda em Defesa da Vida: relato de uma experiência de educação permanente em saúde em rede | 127 |
| <i>Ana Carolina Rios Simoni, Paula Emília Adamy, Luiza Figueiró Petry, Fabiana Minussi Lopes</i> | |
| Aproximações e reflexões no encontro entre a residência multiprofissional em saúde e a gestão em saúde | 147 |
| <i>Fabiana Minussi Lopes, Giovanni Francioni Kuhn, Luiza Figueiró Petry, Juliana Tavares Ferreira</i> | |
| Cooperação em saúde mental - Brasil Paraguay | 163 |
| <i>Gisele Sodré de Souza Santos, Maria de Fátima Bueno Fischer, Mariana da Costa Schorn, Rafael Wolski de Oliveira</i> | |



| | |
|---|-----|
| Saúde mental coletiva na cooperação brasil-cuba-haiti ou uma experiência a <i>sulear</i> a luta por uma sociedade sem manicômios..... | 173 |
| <i>Rafael Wolski de Oliveira, Ana Carolina Rios Simoni, Elisabeth S. Wartchow, Jane Terezinha Sobrosa Pilar</i> | |
| Educação Permanente em Saúde Mental em Intercâmbio Internacional: Cordoba/Argentina e Rio Grande do Sul/Brasil. | 183 |
| <i>Márcio Mariath Belloc, Károl Veiga Cabral, Sandra Maria Sales Fagundes</i> | |
| Da residência artística à Nau da Liberdade: testemunhos de um processo de gestão entre teatro, saúde mental e cidadania: | 193 |
| <i>Márcio Mariath Belloc, Károl Veiga Cabral, Maria de Fátima Bueno Fischer</i> | |
| Notas sobre a desinstitucionalização de uma residência multiprofissional | 213 |
| <i>Márcio Mariath Belloc</i> | |
| Saúde Mental da População Negra: Reflexões sobre uma Clínica Política Antirracista, Descolonial e Antimanicomial | 221 |
| <i>Miriam Cristiane Alves</i> | |
| Por uma redução de danos menor: percurso clínico-político da redução de danos como função e a função do redutor | 233 |
| <i>Paula Emília Adamy, Rosane Neves da Silva</i> | |
| Sobre as autoras e os autores:..... | 259 |

Saúde mental em campo: da Lei da Reforma Psiquiátrica ao cotidiano do cuidado

Károl Veiga Cabral
Ana Carolina Rios Simoni
Sandra Maria Sales Fagundes

Iniciava o ano de 2011 e com ele uma perspectiva de avanços significativos no campo da saúde mental do estado do Rio Grande do Sul. O governo Tarso Genro reuniu alguns trabalhadores militantes em cargos de gestão, criando uma possibilidade real de crescimento e investimentos neste campo. O histórico do Rio Grande do Sul nesta área é singular. Um estado que se orgulha de ser o 1º do território brasileiro a aprovar uma Lei Estadual da Reforma Psiquiátrica (Lei nº 9.716, 1992); que já na década de 80 tinha a bela experiência de São Lourenço do Sul com uma rede de serviços substitutivos se instalando e um hospital geral atendendo a crise, tudo isto antes das portarias ministeriais dos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS); que no final dos anos 80 já ofertava educação permanente aos trabalhadores no campo da saúde mental para mudança do modelo de atenção com a caravana da saúde mental, comandada por Sandra Fagundes e Ruben Ferro; que é palco da Parada do Orgulho Louco em Alegrete; que tem muitos núcleos de participação popular via movimento social com coletivos como o Fórum Gaúcho de Saúde Mental. Mas, apesar de tantos avanços, também é um estado que em outros momentos estagnou e pouco investiu na consolidação da rede de serviços substitutivos e, portanto, na reforma psiquiátrica. Um estado onde a polarização de forças entre os que defendem o cumprimento da Lei da Reforma Psiquiátrica e os que querem o fortalecimento do hospital psiquiátrico, agora com o novo nome de hospital de especialidades, é tema de audiências públicas, matérias jornalísticas e embates acalorados. Na maioria das vezes a mídia, fazendo o recorte sensacionalista, reforça o estigma e a crença na exclusão, ressaltando a possível periculosidade e a responsabilidade do estado de tratar tais pessoas e pouco apresentando os avanços e conquistas

das redes que vão tecendo as possibilidades da vida em liberdade e com garantia de direitos.

Assumimos a gestão da Política Estadual de Saúde Mental, Álcool e Outras Drogas com a responsabilidade de retomar o rumo da Reforma Psiquiátrica no estado, cumprindo o que determina a lei. Apoiamos técnica e financeiramente os municípios na implementação e fortalecimento de uma rede substitutiva e acolhedora para um cuidado usuário centrado, de forma multidisciplinar e intersetorial, buscando ofertar acesso a serviços de saúde, mas, sobretudo, possibilidades de, de fato, viver bem nos municípios. Este era nosso desejo e nosso compromisso ético-político. Queríamos gerar oportunidade real de bem-estar e pertencimento dos usuários ao lugar onde moravam, mantendo os seus laços com suas redes sociais e com os territórios em que viviam.

Para tanto, a diretora do Departamento de Ações em Saúde (DAS), à época, Sandra Fagundes¹, nos convoca a um processo de imersão no próprio departamento, para nos apropriarmos do que cada política preconizava e dos planos em curso para o período que se iniciava. Descobrimos que dentro de cada política e nas relações entre elas, eram necessárias transformações. Teríamos de iniciar uma revolução! Sair das caixinhas, se misturar, transversalizar as políticas – como nos dizia a diretora –, o que nós, “da Mental”, como éramos carinhosamente chamados, traduzíamos como “sair da casinha”. Sair da nossa zona de conforto de conhecimento e aprender do outro, com o outro.

A proposta era de que o trabalho desenvolvido pelo DAS fosse georreferenciado por macrorregião de saúde através da ferramenta do apoio institucional e temático. A partir da implementação das redes de atenção e das linhas de cuidado foi criada a figura do articulador de rede, que apoiava a implementação da política dentro de cada uma das macrorregiões. Todo o trabalho deveria ser pensado de forma articulada, em parceria com as Coordenadorias Regionais de Saúde (CRS) e respeitando as necessidades locais regionais.

¹ Sandra Fagundes veio depois a ocupar a posição de Secretária Estadual de Saúde do Rio Grande do Sul no ano de 2014.

Através desta proposta, a Política de Saúde Mental, Álcool e Outras Drogas iniciou o processo de aproximação com o território gaúcho, por meio das Coordenadorias Regionais de Saúde, com a visão ampliada e um novo compromisso: aproximar-se também das diferentes políticas, articulando saberes, partilhando experiências, construindo juntos a linha de cuidado em saúde mental. Em especial, destacamos a aproximação com a Política de Atenção Básica (AB), pois não se faz saúde mental em território sem o compartilhamento do cuidado com a AB. Era preciso fazer caber a saúde mental dentro da saúde, como nos ensina Fagundes (2006), e apostar em processos de educação permanente, de matriciamento e apoio institucional para reverter o cenário de afastamento entre a atenção básica e a saúde mental na maioria dos municípios gaúchos. Para conseguir aproximar AB da saúde mental precisávamos olhar para o território e colher os elementos para construir a mudança.

Ao olharmos para o cenário da Saúde Mental no estado, já no início de 2011, nos deparamos com uma profusão de vagas em comunidades terapêuticas (CT) e leitos de saúde mental em hospital geral financiados com recursos do tesouro do estado. Existiam, então, seis grandes hospitais psiquiátricos em funcionamento, violando a lei da reforma psiquiátrica gaúcha que determina a substituição progressiva destes por serviços substitutivos. Não havia um programa de desinstitucionalização em curso no estado e nem a implementação dos serviços residenciais terapêuticos estava sendo favorecida. Os demais equipamentos de rede não tinham nenhum financiamento ou cofinanciamento estadual. Também constatamos que grande parte dos municípios gaúchos não possuíam nenhum tipo de financiamento para saúde mental, pois não fechavam o critério populacional exigido pelo governo federal para implantação dos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS). Daí a necessidade de reversão do modelo tomando a AB como ordenadora do cuidado e parceira na implementação de tecnologias de acolhimento e cuidado em saúde mental da população adstrita em seus territórios.

O primeiro passo então seria pensar os equipamentos de rede necessários à nossa realidade e o orçamento compatível para a manutenção dos mesmos. Utilizamos os espaços colegiados para construir este planejamento, envolvendo o maior número de atores possível na elaboração de uma proposta viável para o estado, ao mesmo tempo em que compatível com as necessidades de cada território. Dentro do departamento tínhamos a reunião de equipe da política de saúde mental e a reunião dos apoiadores por macrorregião semanalmente. Quinzenalmente, o colegiado do DAS reunia os coordenadores de política, os coordenadores de macro, a direção e demais trabalhadores interessados, incluindo os apoiadores do Ministério da Saúde, para discutir a implementação das redes, das linhas de cuidado, o trabalho e a agenda desenvolvida em cada macrorregião, que contemplava processos de educação permanente desenvolvidos junto aos diferentes municípios. Também com frequência quinzenal ocorriam encontros do departamento por eixos: gestão, atenção básica, ciclos vitais e transversalidades. A saúde mental reunia-se no eixo das transversalidades, juntamente com a política da população negra, indígena, saúde bucal, política de alimentação e nutrição, saúde prisional, DST/AIDS e LGBTT. Cabe destacar que outro espaço importante de articulação e construção da política foi o GT da Atenção Básica que além da presença de diferentes trabalhadores contava com a participação de secretários municipais de saúde, uma vez que de fato a atenção básica foi tomada nesta gestão como ordenadora do cuidado e, portanto, ordenadora das redes.

Além destes espaços constituídos no interior do departamento, realizávamos bimensalmente o encontro das coordenadoras regionais de saúde mental envolvendo as dezenove CRS. Chegamos a fazer um encontro estadual, convocado pela saúde mental para apresentar a política, com os coordenadores de todas as políticas de todas as coordenadorias regionais de saúde, na Escola de Saúde Pública (ESP), parceira de primeira hora nas atividades de educação permanente. Este primeiro encontro foi disparador de muitos outros, tendo contado inúmeras vezes com a presença das

coordenadoras de atenção básica, da saúde da população negra, da saúde prisional, da DST/AIDS e muitas outras políticas ao longo dos quatro anos de gestão. De fato, encaramos esta mudança proposta no DAS da Secretaria Estadual de Saúde como fundamental para trabalhar em rede e linha de cuidado nos municípios gaúchos. Provocamos e incentivamos os municípios acompanhados a utilizarem nossas ferramentas, adaptá-las a sua realidade, inventar novas ferramentas e trabalhar de forma mais próxima a seus territórios, no caso a caso e de forma interdisciplinar. A aposta era em um trabalho efetivado em rede e em linha de cuidado.

A possibilidade de estarmos em ato nos municípios junto com a CRS, vemos com os nossos próprios olhos as necessidades, experienciar a travessia do usuário estrada a fora, sua permanência em determinado equipamento de saúde, sua peregrinação entre serviços, a forma como eram cuidados, nos deu a real dimensão do desafio que tínhamos pela frente: ajudar a implementar uma rede cofinanciada pelo estado e auxiliar os diferentes atores municipais a trabalharem de forma articulada e recuperando sua capacidade de criar para poder cuidar, ao invés de encaminhar para avaliação em Porto Alegre ou outros centros de região. Fazer o que chamamos de gestão de caso, escolhendo sempre o caminho mais seguro e eficaz, de acordo com as necessidades e desejos do usuário, dentro da medida do possível. Percebemos que os trabalhadores em muitos municípios se encontravam despotencializados da capacidade de cuidar e tinham como prática o encaminhamento para capital e outros municípios de maior porte como melhor forma de ofertar atenção adequada. Assim, o desafio não era apenas financeiro, mas também de recuperação da autonomia e do protagonismo dos trabalhadores em relação ao cuidado. A ausência do estado nos territórios municipais, ao longo de duas gestões estaduais, havia contribuído para um processo de empobrecimento da gestão das políticas de saúde, de modo que muitos trabalhadores encontravam-se expropriados de sua capacidade criativa e alienados a uma perspectiva de cientificidade que só autorizava determinados lugares, ditos especializados, ao cuidado

em saúde mental. Para desmontar esta armadilha do especialismo, e a falsa crença no que de fato é um trabalho científico, apostamos na educação permanente dos trabalhadores.

Com a participação das cordenadorias regionais de saúde, especialmente através da coordenação de saúde mental de cada uma delas, fomos constituindo, em todo o estado, um projeto de apoio voltado as necessidades locorregionais, respeitando suas singularidades, seus costumes e construindo, de forma interfederativa, a resposta ao desafio de fazer saúde mental em território. Em cada uma das idas dos apoiadores da Saúde Mental a uma região do estado, eram favorecidas as agendas com a coordenadoria, com a gestão local e com os trabalhadores dos municípios. Eram realizadas visitas aos serviços de saúde, nos quais era possível um contato direto com os usuários, no caso a caso, com as comunidades onde viviam, tentando extrair deste contato direto a melhor formulação possível da política a ser implementada. Também nestas idas aos municípios procurávamos o contato direto com o controle social através dos Conselhos Municipais de Saúde (CMS), assim como a articulação e presença junto ao Conselho Estadual de Saúde (CES). Foi desta forma que se construiu cada uma das resoluções de saúde mental apresentadas na Comissão Intergestores Bipartite (CIB) no período de 2011 a 2014. Com muito debate com usuários, trabalhadores, gestores e movimentos sociais, foi proposta a linha de cuidado em saúde mental, chamada de *O cuidado que eu preciso*, com orçamento estadual para implantação de ações e serviços que, ao ganharem o território, foram dando corpo à Política Estadual de Saúde Mental.

A linha de cuidado implementada não recebeu este nome por acaso. Este *eu* devidamente instalado no título dá a dimensão de que o cuidado ofertado em saúde mental deve garantir a singularidade e os desejos, as necessidades reais de quem o demanda. Revela também nossa posição como gestão de radicalizar na centralidade do usuário, como determina o SUS: um cuidado pensado para as pessoas, suas famílias e seu entorno.

Trabalhar na perspectiva da linha de cuidado significa instaurar um caminho assistencial seguro para o usuário percorrer na busca por suas demandas. Um caminho que possa ser percorrido com tranquilidade e acompanhado por profissionais acolhedores, que estabeleçam vínculos e que se corresponsabilizam pelo cuidado. Profissionais estes que devem também presar pela autonomia e protagonismo do usuário no seu cuidado. Uma vez implementada a linha de cuidado, previamente pactuada entre os diferentes atores, tinha-se uma espécie de rascunho pensado na perspectiva de garantir acesso de qualidade ao usuário, mas seu desenho receberia reformulações a cada dia, dependendo das necessidades de quem a acesse. Neste sentido, a linha de cuidado se desenha quando o caminhante a percorre com suas demandas e anseios, com suas possibilidades e recursos, com sua realidade. É um processo vivo e construído em ato, como nos ensina Merhy (2012), que vai tecendo novos formatos e que vai demandar a presença de um grupo de pessoas que se debruce sobre o processo em curso, acionando a rede que se monta e se redesenha, destravando os obstáculos que podem surgir no caminho e convocando novos atores da intersetorialidade para fazer e refazer pactuações. A este grupo chamamos de colegiado gestor ou grupo condutor da linha de cuidado. Geralmente, são formados por representantes dos diferentes serviços do SUS e do SUAS disponíveis no município e seus gestores, bem como por representantes da educação, cultura, segurança pública, a depender da estrutura e articulação de cada município.

A linha de cuidado cria condições para que os Projetos Terapêuticos Singulares (PTS) sejam construídos e se mantenham vivos, permitindo que o cuidado ofertado para cada usuário se singularize ao buscar atender suas demandas no cotidiano da vida. Quando cada município começa a fazer o exercício da construção da linha de cuidado, vai se dando conta de onde estão os seus pontos de entrave, seus gargalos, os fluxos que precisam ser pensados, as articulações intersetoriais necessárias e os serviços que precisam ser criados ou acionados para produzirem o cuidado de forma

conjunta. Desta forma, trabalhar com a linha de cuidado também implica um diagnóstico situacional do território para traçar objetivos e metas. O fato é que o próprio exercício de construção da linha já coloca o município em movimento para planejar, monitorar e avaliar suas ações, o que é essencial na esfera da saúde. Tal processo facilita e pode se tornar orgânico às tarefas da gestão e planejamento, como o plano de saúde (PS), a programação anual de saúde (PAS), a programação geral das ações de saúde (PGASS), mapa de saúde e relatórios de gestão – todos instrumentos de planejamento em saúde de responsabilidade dos gestores nas três esferas, os quais devem estar em consonância com os instrumentos de planejamento dos governos como o Plano Plurianual e a Lei das Diretrizes Orçamentárias, conectando o planejamento em saúde com as possibilidades orçamentárias reais.

Ainda que já tenhamos dito que o cuidado deve ser centrado no usuário, como determina o SUS, cabe ressaltar que escutar os próprios usuários é tarefa essencial para construir as linhas de cuidado, pois são eles que melhor podem dizer sobre suas demandas. Trabalhar na perspectiva da autonomia e do protagonismo também exige do trabalhar e do gestor a capacidade de harmonizar as propostas e o orçamento da gestão com as demandas enunciadas em primeira pessoa, na linha do “nada sobre nós, sem nós”, que vem sendo anunciado pelas diferentes populações vulnerabilizadas, como é o caso da saúde mental, cansadas de serem tratadas como objeto de ações descontextualizadas e de serem silenciadas e invisibilizadas em um debate onde deveriam ser protagonistas.

Uma vez feito este processo, com a participação mais plural possível, o município terá uma linha de cuidado que pode de fato atender as necessidades dos seus usuários e que seja financeiramente viável. Bem sabemos que os municípios não comportam toda uma série de estruturas de serviços, seja por falta de recursos financeiros, seja por falta de tecnologia ou de profissionais, ou mesmo porque sua implementação não se justifica. Neste caso, as Regiões da Saúde (Decreto 7.508 de 2011) com sua finalidade de integrar a organização, o planejamento e a execução de ações e serviços

em saúde ocupa um função fundamental para a organização dos itinerários de cuidado nos diferentes municípios, possibilitando pactuações de forma cooperativa e solidária. Estes novos arranjos, que permitem aos gestores cuidar melhor de suas comunidades, levaram à implementação de uma rede envolvida com a saúde mental, mais forte e resolutiva, em muitos municípios gaúchos, mudando a cara do desenho assistencial antes posto.

Desde a lei da reforma, caminhamos para um cotidiano antimanicomial de cuidado. Perseguimos esta meta, primeiramente com a ideia de uma rede substitutiva ao manicômio e, depois acrescida das ofertas da Portaria do Ministério da Saúde 3088², de 2011, que institui a Rede de Atenção Psicossocial para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde – SUS (RAPS). Temos a possibilidade real de ofertar cuidado em território, desmontando de forma sistemática os hospitais psiquiátricos, contudo, tão importante quanto derrubar estas estruturas de segregação social, é desmontar manicômios mentais e destituir práticas segregatórias e higienistas nos fazeres cotidianos das equipes de saúde, promovendo um cuidado que respeite o usuário como cidadão de direito, capaz de produzir obra e de viver em sociedade.

Ao governo do estado, na condição de gestor do SUS, já que a saúde é descentralizada, cabe propor a política pública de qualidade e em consonância com os preceitos legais nacionais, financiar, monitorar e avaliar, além de ofertar processos de educação permanente, cabendo aos municípios a assistência propriamente dita. Neste sentido, envolver e apoiar os gestores municipais através da Comissão Intergestores Regional (CIR) na pactuação da construção da RAPS também é papel do estado. O gestor municipal, ao sentir-se amparado técnica e financeiramente, acaba por se engajar na implementação das redes, pois sabe que isto irá resultar na

² Cabe ressaltar que de forma totalmente anti democrática e autoritária, desrespeitando as premissas do SUS o governo federal alterou a portaria 3088, sem nenhum debate prévio com as entidades e mesmo com o controle social para a portaria 3588/2017, sendo no atual governo referendada de forma unilateral, ou seja, novamente sem debate com a sociedade brasileira, na dita nova política de saúde mental anunciada por decreto presidencial em 11 de abril de 2019 com base na Nota Técnica nº 11 de 2019.

melhoria da qualidade do acesso e da satisfação dos usuários. Este trabalho de parceria entre estado e município cria uma importante aliança entre os gestores que está alicerçado no compromisso com a saúde da população gaúcha – compromisso republicano com a vida – que marcou esta gestão desde seu início.

Para seguir contando esta história trazemos alguns relatos da implementação da linha de cuidado em saúde mental em nosso estado nos diferentes municípios. À medida que a rede crescia e se fortalecia, fomos efetivamente conseguindo consolidar pontos de atenção à população capazes de ofertar cuidado em território. Cada região demandou um arranjo singular, de acordo com suas necessidades e características. Em cada uma delas um desenho assistencial foi pensado e ofertado, produzindo um arranjo local vivo e peculiar. Os 497 municípios gaúchos têm suas singularidades, suas características próprias, dadas as especificidades de cada região. Cada comunidade tem um conhecimento próprio instalado de como produzir cuidado. Muitos tem uma incrível capacidade criativa para resolver seus problemas locais, apostando em arranjos sensíveis e acolhedores que garantem projetos de vida e a resolutividade produzida em território.

A cidade do Alegrete, por exemplo, apresentava uma densa rede de serviços instalados e muitos projetos criativos que faziam circular o conhecimento nas rodas e grupos de ajuda mútua, na itinerância do projeto de cuidado da van Maluco Beleza que levava à comunidade rural cuidado em saúde mental, no firme trabalho de matriciamento em saúde mental na atenção básica que possuía ótima cobertura e no encontro da Parada do Orgulho Louco, promovido anualmente e que movimentava a cidade em todas a sua intersectorialidade, envolvendo desde os alunos das escolas, até o pessoal que trabalha com o turismo na região, passando, é claro, pelo envolvimento de toda a rede de serviços da saúde. Em Alegrete, a rede de saúde mental estava bastante espraiada e envolvida nas tramas de cuidado do município.

Mas, se em alguns municípios o trabalho já fluía com boa desenvoltura, em alguns locais, devido à realidade instalada e às singularidades da demanda, a aproximação da saúde mental ainda não era tão expressiva. Tomemos, por exemplo um município da região norte do estado, a qual se caracteriza por uma grande concentração de população indígena, demandando aos gestores que atentem para as necessidades específicas desta população, suas tradições, sua cultura. Pensar a linha de cuidado nesta região requer levar em conta as demandas desta população e as organizações historicamente encarregadas do seu cuidado. Desta forma, ao construirmos os espaços de pactuação da linha de cuidado em saúde mental da região norte, chamamos para a roda de negociação a Fundação Nacional de Saúde (FUNASA) e também a população indígena, nas suas diferentes etnias. Fizemos um grande encontro na Secretaria Municipal de Saúde de um dos municípios, no qual trabalhamos de forma coletiva e fazendo uma bela discussão dos fluxos do cuidado da população indígena. Já nos encaminhamentos finais, uma mulher indígena se levanta e diz que se de fato queremos ajudar, e que se tudo isso que estamos dizendo é para melhorar a saúde e a vida delas, teríamos que ir na aldeia e provar da sua comida, para que elas de fato pudessem ter confiança em nós. Então, nesta região a construção da linha de cuidado passou por visitar a aldeia e provar da comida tradicional indígena.

Na região da 16ª CRS, por exemplo, a implementação das oficinas terapêuticas mudou a realidade do acolhimento em saúde mental junto a atenção básica, permitindo que a oferta de cuidado fosse em território, o que contribui para a diminuição do estigma da população que acessa cuidado em saúde mental, além de facilitar o mesmo, pois está de fato mais próximo da casa das pessoas, ali onde elas vivem e circulam diariamente em suas comunidades. Tal medida permite a oferta de cuidado na própria cidade diminuindo o número de encaminhamentos para outros municípios e até para internação, o que além de refletir em qualidade de vida para os usuários, gera economia aos cofres públicos, abrindo espaço para a

agenda da promoção em saúde. Neste mesma direção, a implantação dos Núcleos de Apoio a Atenção Básica (NAAB), ofertando matriciamento em saúde mental para os equipamentos de saúde já instalados nos diferentes municípios, promoveu a composição de um mosaico de possibilidades de cuidado articulado em território.

Nos municípios com maior densidade populacional, a implementação de CAPS tipo III, em especial para o cuidado em álcool e drogas, foi possível, redirecionando o cuidado, ao contar com o dispositivo do acolhimento noturno aos usuários. Escutamos depoimentos dos usuários do quanto é importante poder dar um tempo, passar uma temporada no CAPS e não ter que voltar para casa ou mesmo para comunidade, sem ter que fazer uma internação hospitalar. Um usuário que aqui chamaremos de João nos relata: “bah dona, depois que o CAPS passou a fazer acolhimento noturno eu não precisei mais me internar, nem brigo mais lá em casa. Mudou minha vida. É outra coisa a gente ficar aqui com a equipe que atende e conhece a gente (SIC)”, nos conta referindo-se ao fato de não mais precisar ir a uma internação hospitalar toda vez que a sua situação de vida ficava mais angustiante e o clima em casa com a família pesava. Em outros tempos João acabava internado, por uma crise, que na verdade não era dele unicamente, mas relacional. Uma crise que não tinha como indicação a internação, mas que a falta de oferta acabava transformando em internação hospitalar. Com o CAPS III vários usuários puderam encontrar espaço de acolhimento para suas “crises cotidianas” sem ter que fazer uma ruptura total com o tecido social. Situação que no município de Canoas, por exemplo, refletiu em uma diminuição no número de internações hospitalares, permitindo inclusive uma repactuação por parte do Estado da oferta de leitos para a região, diminuindo o número de leitos de uso exclusivo para Canoas no hospital geral e abrindo para outros municípios.

A internação hospitalar é um elemento importante no tratamento, mas não é o único e nem deve ser o primeiro recurso pensado pelas equipes. Porém, muitas vezes acaba sendo utilizada em demasia e sem

critérios clínicos corretos. Mesmo com os critérios clínicos adequados, ela implica uma ruptura no contexto de vida de quem é internado e de sua família. Situação que pode gerar vários prejuízos ao sujeito. Em Tapejara, por exemplo, o hospital geral trabalhava em rede com os outros equipamentos, permitindo que o usuário internado, mantivesse o maior contato possível com o externo. A equipe avaliava, a medida que o usuário ia sentindo-se mais pronto, e sustentava uma aposta, com ele e com sua família, de manutenção da relação com o tecido social. Ações que podiam ser singelas como: sair para cortar o cabelo, para comprar uma roupa para a futura alta, ou mesmo para buscar o travesseiro em casa acompanhado do profissional de referência, pois o usuário não estava dormindo bem, faziam parte da rotina dos usuários da região que acessavam este hospital. Também a constituição de regras internas, como uso de telefone celular, de objetos pessoais, de visitas era negociada com cada um dos usuários. Não havia uma regra geral imposta a todos. Cada pessoa era vista na singularidade de sua situação. Muito diálogo e disponibilidade, por parte da equipe, para a negociação. Este hospital nos demonstra que é possível um espaço de internação hospitalar ser poroso e trabalhar com a lógica do Plano Terapêutico Singular.

No campo álcool e drogas encontramos um dos maiores desafios postos para o trabalho em saúde mental. Uma pressão muito forte da sociedade, da mídia e das autoridades da justiça e segurança por uma resposta imediata a um problema complexo que acompanha o homem ao longo da sua história: a saber, a relação com o uso de substâncias psicoativas. Nesse âmbito, nos deparamos com o que Merhy nos aponta sabiamente como “o humano menos humano da vez”, ou seja aqueles que são invisíveis aos olhos da sociedade e para cujo contingente, dito epidêmico, é ofertado quase que exclusivamente a internação, muito mais como forma de segregação do que como forma de tratamento. Neste contexto, a interlocução com a política da população negra nos fez enxergar o racismo escamoteado nas práticas e a quase inexistência de um debate contundente sobre a questão raça/cor,

ou melhor dito, sobre o racismo, em nosso discurso e ação no campo da saúde mental antimanicomial.

A ampliação dos CAPS AD, especialmente os do tipo III que ofertam acolhimento noturno, como já relatado, e as ofertas de cuidado em território, pela via da implementação de oficinas terapêuticas (OT), núcleos de apoio a atenção básica (NAAB), ou as equipes de redutores de danos (RD) foram abrindo novas possibilidades de cuidar em território. As OTs, em alguns municípios, foram definidas junto com a população, convidada a participar por meio de anúncios na rádio local, surgindo, por exemplo, o pedido foi por uma pista de skate a ser utilizada como espaço de oficina e promoção de saúde mental com jovens. Na pista, o oficinairo destinou um lugar para aprendizado de manobras, mas também para a socialização e trocas com a juventude, permitindo conversas sobre como cuidar das articulações na prática esportiva, mas também do corpo em geral, construindo formas de vínculo entre estes jovens e a unidade básica de saúde local. Em uma comunidade da serra gaúcha, a oficina terapêutica reuniu mulheres para juntas fazerem e trocarem receitas tradicionais da culinária regional. Construiu-se um grupo engajado que permitiu o desenvolvimento da sororidade entre elas. No litoral, um grupo de idosos iniciou a oficina com jogos de tabuleiro e terminou fazendo dança de salão. Os idosos que começaram a dançar tiveram uma melhora considerável nos seus aspectos de saúde, deixando de demandar o serviço local com tanta frequência com demandas de dores difusas. Na região sul, as equipes de redução de danos que estavam sucateadas puderam se reestruturar e voltar a atuar em território com ações que vão desde a distribuição de preservativos na fila do presídio no dia de visita até entradas em cenas de uso já configuradas.

Muitos outros exemplos de transversalidade entre as diversas políticas de saúde poderiam ser dados. Destacamos o trabalho de parceria com a política da População Negra, que nos permitiu a aproximação com os quesitos de raça cor e os reflexos que os mesmos podem gerar na saúde

mental das pessoas, como a auto declaração, o racismo institucional, as questões referentes a autoestima e o extermínio da população negra, em especial nas comunidades mais carentes por conta da presença do tráfico de drogas. Colocar este tema na ordem do dia do debate no campo da saúde mental nos fez perceber a distância que havia entre os reais problemas enfrentados pela população negra e o campo da saúde mental. Com a equipe da saúde da criança e da saúde bucal a aposta foi pela via do estabelecimento da linha de cuidado, incluindo a temática da saúde mental. Com a política do adolescente a confecção de um estojo com preservativos, com dicas e orientações de como cuidar do seu corpo de forma integral, além do trabalho conjunto em campo, em festas, como o carnaval e aglomerações de jovens durante o período do verão. Em cada uma das políticas, em cada um dos municípios, diferentes ações puderam ser desenhadas em conjunto, de forma a fazer a pauta da saúde mental frequentar o discurso e as práticas de cada uma dos profissionais envolvidos.

Merecem destaque também as diversas experiências intersetoriais para a desinstitucionalização, articuladas à Cultura, à Assistência Social, aos Direitos Humanos, no Hospital Psiquiátrico São Pedro, no Instituto Psiquiátrico Forense e em outras instituições de longa permanência (por exemplo as ILPIs para idosos) em diferentes regiões, em especial na 3ª, 8ª e 13ª CRS. A Saúde Mental Coletiva, tal qual propõe Fagundes (1992), como processo intercessor entre atores e dispositivos das políticas públicas para transformar as formas de fazer gestão, atenção e educação no cotidiano das práticas de cuidado, foi para nós, ao mesmo tempo, um horizonte e um solo ético-técnico-político para a atuação da gestão estadual. A desinstitucionalização se tornou pauta prioritária e alcançou sustentar-se mesmo com fim do governo, em tessituras micro e macropolíticas, que seguem gerando efeitos nas vidas singulares de usuários, gestores, trabalhadores, operadores do direito e comunidades.

Nossa experiência nestes quatro anos de gestão estadual de políticas de saúde, nos mostrou que é possível, com orçamento e investimentos,

através de educação permanente e matriciamento, assim como por meio de ações de apoio institucional e articulações intersetoriais de rede, avançar na mudança de modelo de atenção. Ao percorrermos os diferentes territórios e nos depararmos com os arranjos singulares feitos em cada município para dar conta de suas demandas, testemunhamos o quanto os saberes locais, os ditos saberes profanos oriundos do povo, da criatividade local, podem ser potentes para criar um ambiente suficientemente poroso e pleno de vida e de cuidado em liberdade. Nesse sentido, não podemos finalizar este escrito sem reafirmar a importância dos processos de singularização na composição do cuidado em liberdade no SUS.

Os textos que se seguem neste livro apresentam as múltiplas faces que a saúde mental pode ter, aliada às demais políticas de saúde e intersetoriais vigentes. Nosso convite é para que percorram os artigos da forma como lhes parecer mais útil. Lendo de cabo a rabo. Saltando nos capítulos que lhes parecem mais interessantes. Mergulhando na dinâmica de cada uma das muitas histórias vividas em território durante o período de gestão. Muitas delas sobrevivem até hoje, pois a mudança no campo da saúde mental não depende apenas do plano macro, mas também e sobretudo pulsa no cotidiano da vida, se sustentada no plano micropolítico cuidado. Boa leitura!

O trabalho do apoio institucional na perspectiva da desinstitucionalização em um hospital de custódia e tratamento psiquiátrico

Claudia Aparecida Amorin Tallemberg
Daniele Fraga Dalmaso
Raphael Vaz

Introdução

Se uma pessoa comete um delito e é diagnosticada (em psiquiatria) como portadora de transtorno mental, o caminho corrente é que esta seja encaminhada pela Justiça para cumprimento de Medida de Segurança (MS), em Hospital de Custódia e Tratamento Psiquiátrico (HCTP). Por Medida de Segurança, entende-se o período relativo à cessação de periculosidade daquele que praticou o referido ato. Como este tempo é indefinido³, não é raro encontrar nestas instituições, pessoas com uma, duas e até três décadas de internação. Pode-se dizer, neste sentido, que a institucionalização produz um manto de invisibilidade e silenciamento sobre estas vidas, tornando-as esquecíveis, do ponto de vista jurídico, político e social.

Sob o viés da saúde, a passagem pelo HCTP se justificaria a partir do entendimento de que esses espaços são locais de “tratamento”. Historicamente, esta formulação nunca se comprovou e a prática que se verifica é radicalmente diferente. A institucionalização cronifica o quadro clínico dos usuários, rebaixa a autonomia, desfaz vínculos afetivos importantes e reforça o estigma do louco perigoso. Além disto, não devemos admitir o esquecimento de que as instituições de internação psiquiátrica foram (e continuam sendo) campo de práticas de tortura, violência institucional e violação dos Direitos Humanos⁴.

³ O código penal brasileiro não faz referência ao tempo de permanência para cumprimento da medida de segurança. O usuário deverá ser submetido a exame psiquiátrico para fornecer subsídios a decisão do juiz.

⁴ O caso Damião Ximenes, torturado até a morte em uma clínica psiquiátrica em Sobral (CE), condenou o Brasil em uma ação na Corte Interamericana de Direitos Humanos. Fonte: Justiça Global. Disponível em <http://global.org.br/>. Acesso: 07/03/2016.

O código penal brasileiro não faz referência ao tempo de permanência para cumprimento da medida de segurança. O usuário deverá ser submetido a exame psiquiátrico para fornecer subsídios à decisão do juiz. Nestes termos, uma pessoa com histórico de longa permanência⁵ institucionalizada encontra muita dificuldade em retomar qualquer vestígio de vida mesmo quando tem a Medida de Segurança extinta.

Ao apresentarmos este contexto, o fazemos, no sentido de apontarmos os desafios clínico-políticos colocados para as equipes que trabalham com o processo de desinstitucionalização destes usuários. Por desinstitucionalização, referimo-nos ao conjunto de estratégias e ações necessárias utilizadas nesta transição, de quem se encontra sob a tutela do Estado dentro de uma instituição, e a tentativa de reconstituição dos estilhaços de uma autonomia possível. Em outros termos, tendo em vista o retorno deste usuário ao seu território de referência, é imprescindível realizar o seu acompanhamento nas questões de ordem prática do cotidiano, assim como garantir o seu acesso aos serviços de saúde, renda, moradia, lazer, etc; considerando a realidade de isolamento social e ausência de uma rede de cuidados provenientes do tempo vivido dentro da instituição.

Nesta perspectiva, o apoio institucional pode constituir-se como uma potente ferramenta de gestão e produção do cuidado, articulados aos serviços e trabalhadores da rede, problematizando suas práticas e efetuando ações de educação permanente, a partir das experiências e dificuldades vividas pelos/as trabalhadores/as, mas sobretudo apoiando-as na construção da rede territorial, possibilitando e efetivando o cuidado em liberdade.

No trabalho entre lugares, entre gestão, política, cuidado, educação permanente, como também entre a rede e os espaços da cidade, o apoio institucional ocuparia um locus intercessor. Segundo Bertussi:

Merhy (1997, 2000, 2002) autor fundamental para o desenvolvimento deste debate na área da saúde no Brasil, denomina espaço intercessor como aquele em que cada uma das partes, neste caso apoiador e

⁵ São consideradas internações de longa permanência períodos iguais ou posteriores a 2 anos.

trabalhador, se colocam com toda sua inteireza: necessidades, projetos, ansiedades, dores, medos, desejos, sonhos, potencialidades, em um dado contexto, e aí que está a potência do trabalho vivo em ato. Onde o trabalho vivo é aquele que está em ação, que vai se dando, que vai se fazendo no próprio ato por cada trabalhador.

Dispondo desta ferramenta do AI, a Secretaria Estadual de Saúde do Rio Grande do Sul (SES-RS), no período de 2012 a 2014, apresentava apoiadores institucionais⁶ referidos às macrorregiões do Estado. Este desenho visava produzir o vínculo entre a gestão, os serviços de saúde e a rede intersectorial. Contudo, o apoio com seu potencial intercessor e de produzir interferências é também convocado para as situações de maior complexidade, forjando a continuidade de acompanhamentos sistemáticos, avaliações coletivas e repactuações permanentes, trazendo à vivência os desafios do apoio longitudinal.

Neste sentido, a desinstitucionalização de quem viveu um período de longa permanência no HCTP apresentava um cenário onde muitos usuários com vínculos familiares fragilizados ou inexistentes, no espaço de transição, mostram a dificuldade de articulação entre a rede e a instituição. Manejo em situações de crise para usuários em processo de saída se perdem, fazendo do reingresso, ou da manutenção na instituição, a única possibilidade.

Diante desse cenário, dois apoiadores da SES-RS ficaram responsáveis por fazer a mediação e articulação da equipe do IPF com o território, participando do espaço da reunião semanal, onde os casos e situações institucionais eram apresentadas, discutidas e avaliadas ao longo do tempo, construindo uma rede de conversação e cuidado para sustentar os projetos terapêuticos dos usuários.

Algumas situações clínico-institucionais são analisadoras das práticas em vigência. Um destes casos que aqui denominamos de “Homem gambiarra”, pelo seu gesto de conectar e reconectar fios elétricos e cabos de celulares, chegou-nos por demanda do Ministério Público por ser um

⁶ Profissionais de nível superior da área da Saúde com experiência no trabalho em rede.

caso emblemático onde o usuário, egresso de HCTP, não conseguia ser acolhido na rede de sua cidade, assim como sua família que apresentava uma importante vulnerabilidade no interior de sua comunidade. A narrativa que segue, ilustra vários encontros com as equipes de referência para construção de um Projeto Terapêutico Singular, seus impasses e aproximações.

A chegada do Homem-gambiarra

Dos diversos cômodos da casa eram trazidas cadeiras, dispostas em círculo, de forma que todos os participantes pudessem se enxergar. A sala tornou-se pequena à medida que as pessoas foram chegando e ocupando os espaços, por isto foi preciso procurar um local maior naquele casarão antigo para iniciarmos a reunião. Estavam presentes psicólogos, técnicos de enfermagem, enfermeira, a acompanhante terapêutica, a Coordenadora do Centro de Atenção Psicossocial, o presidente da associação que contrata os trabalhadores de saúde do município, a secretária de saúde, além dos apoiadores institucionais da Coordenação de Saúde Mental da SES-RS.

Apesar das tentativas de estabelecer um clima de descontração, o semblante dos participantes não deixava dúvidas: teríamos pela frente uma reunião longa e difícil. A pauta que mobilizava o expressivo número de trabalhadores e gestores, dizia respeito ao acompanhamento de um usuário egresso do Instituto Psiquiátrico Forense Maurício Cardoso (IPF). Em linhas gerais, a equipe que realizava o cuidado dos moradores do Serviço Residencial Terapêutico (SRT) não se sentia em condição de acolher e planejar o cuidado do novo hóspede, o Homem-gambiarra.

Ele adorava fios, interruptores, tomadas e tudo o que parecia conectar-se a algo: tomadas de rádio e tv, antenas, parabólicas, celulares e seus carregadores, pilhas, teclados, computadores, uma série de circuitos. Ele próprio se construía como ponto e fechava este intrincado circuito que só ele tão bem compreendia. Levava à sério seu ofício de gambiarra: gato, fiação elétrica clandestina, desvio e improvisação aplicados a determinados usos de objetos, máquinas, fiações, antes destinados

a outras funções, e agora dispondo-se a outros usos. Uma ética da precariedade e das imper-imanências (uma gambiarra conceitual que afirmaria que a imanência se materializa e se re-faz de suas próprias variações) (Talleberg, 2015: 124).

O homem-gambiarra corria por sua cidade explorando e catando objetos para o seu intransmissível projeto. Seu projeto parecia não caber na cidade, que era muito pequena. As pessoas pareciam não compreender suas errâncias e desde muito cedo frequentou vários hospitais psiquiátricos. Além destes, algumas instituições onde não podia ir e vir em seu nomadismo inocente, mas igualmente aplicado. Isto lhe causava um misto de tristeza, inquietação e revolta: como abolir e interromper sua missão, seu ofício, sua condição de existir? Rebelando-se, era castigado. Certa vez foi posto na rua: machucado, o corpo marcado, testemunha de certas violações incomunicáveis.

Num ir e vir, descobre o corpo, o sexo. Como conectar-se a este circuito? Desajeitadamente. Nestes descobrimentos sem jeito, foi preso, pois tornou-se perigoso: como prever e refrear seus desajeitamentos? Foi encaminhado para reclusão, mas disseram que seu lugar não era ali. Os doutores assim escreveram:

Pode-se afirmar que a periculosidade estaria diretamente relacionada à ausência dos cuidados ambientais. Tal condição não conta com especial tratamento curativo, embora o uso de psicofármaco possa minimizar atitudes impulsivas e agressivas, mas necessitando de acompanhamento permanente.

E mais adiante:

Em vista dos riscos quanto a sua integridade física, novamente foi contraindicada sua permanência nesta instituição. A situação pessoal e familiar caótica indica a necessidade de uma abordagem multidisciplinar no tratamento deste indivíduo. As dificuldades da rede de tratamento de saúde mental na comunidade impõem um auxílio judicial para a efetivação e garantia de manutenção deste acompanhamento.

Depois de examinarem o homem-gambiarra, atestam: atrofia genital. Mesmo assim, amargou um ano lá. O homem-gambiarra não tinha pouso nem lugar: seu lugar é o sem-lugar. Foi mandado para uma instituição privada. Quando lá o foram visitar, não haviam fios, conexões, circuitos. Somente roupas num saco de lixo, uma cama, cobertas e uma grade na porta e na janela. Ao lado da cama, um balde para seus excrementos.

Retomando o prenúncio de uma reunião difícil, somente *a posteriori*, é que se pode redimensionar esta avaliação. Por mais que os trabalhadores e gestores estivessem resistentes à chegada do Homem-gambiarra, apostamos que as equipes de saúde podem se implicar de outra forma no trabalho, desde que encontrem interlocutores dispostos à contribuir com este processo. Neste sentido, considerando todas as situações de impasse que surgem quando buscamos a construção de um plano comum entre equipes multidisciplinares, o importante é que possamos garantir uma agenda de encontros que possibilite a abertura para construção de outras narrativas. Trata-se muitas vezes de colocar em circulação perguntas novas e acompanhar a produção de brechas nas práticas cristalizadas e saberes instituídos.

As pessoas de sua cidade, quando iam visitá-lo só perguntavam “se ele se masturbava, se agredia os moradores, se pegava e destruía objetos”, como se somente estas perguntas pudessem ser feitas e somente estas cenas coubessem na vida do Homem-gambiarra. Sua vida carecia de outros cabimentos e preenchimentos, que pareciam alheios ao povo de sua cidade. O Homem-gambiarra quebra coisas, se irrita, agride mas também produz atos de pura generosidade, como embalar o bebê da cozinheira da casa, lavar seu prato, guardar a mochila de uma residente que o acompanhava na casa (e não tomar posse desta), se despedir jogando um beijo, falar no celular sem se apossar ou quebrar, responder a uma intervenção mesmo quando bastante desorganizado, sair à rua e comprar um refrigerante, ter

raiva; mas sobretudo ter muito medo, quase pânico, quando tinha que comparecer às audiências na outra instituição, para falar, em nome próprio, de seus virtuais crimes. Nunca conseguiu fazê-lo.

O Homem-gambiarra vai então para outro serviço residencial terapêutico mais próximo da sua família. Lá também desacomoda a equipe com seu incessante movimento de ligar e desligar objetos eletrônicos, acumular e rearranjar suas roupas. Dizem que antes dele morar nesta nova casa é necessário “fazer um diagnóstico preciso” e novamente o seu lugar é o do sem-lugar. São várias as narrativas das pessoas de sua cidade que descrevem que “já o conhecem e logo, logo, ele vai agitar, ficar agressivo, masturbar-se”. O que estas falas enunciariam? O que se passaria entre elas? É através das palavras, entre as palavras, que se vê, que se ouve (Deleuze, 1997). O que exatamente se precisa num diagnóstico? O que o Homem-gambiarra precisava em sua errância? Em seu movimento, o que era exatidão e necessidade, querer de uma vida? Cuidar se traduziria em apostar singularmente nas potencialidades do outro, e não em suas deficiências e dificuldades, estas certamente já conhecidas. Cuidar seria apostar naquilo que não conhecemos? Desconhecíamos que o Homem-gambiarra sabia contar e conhecia os números, que gostava de crianças e que sua cor favorita é amarelo, assim como desconhecíamos aquilo que o faz desorganizar-se e tornar-se algumas vezes agressivo, como a dificuldade para dormir e situações de mudança em seu ambiente. Cuidar como processo e trajetos de alteração.

Foram idas e vindas, nossas, dele, das equipes, da casa, dos outros moradores. Muitas conversas, várias rodas... em vão. Imperavam a militância e a autoridade de saberes. Prosseguimos numa estratégia de variação continente para a equipe: na produção do cuidar, os acontecimentos, pensados, experimentados como mapas da cotidianidade (Franco, Merhy, 2013), destituídos de suas margens conceituais e prescritivas, mas circuitos em produção do viver. Aos poucos, foram se misturando os movimentos, as indas e vindas: as do Homem-gambiarra em nós, as nossas nas dele, as

dele nas equipes, das equipes em nós e dos outros moradores em tudo, num entreamado de percursos⁷. Desde o início, o Homem-gambiarra ia afirmando um método, um modo de vida e acenando modos de cuidar, em conexão com sua autopoiese⁸ (Merhy, 2004; Maturana, Varela, 1980).

Se estamos dizendo que o trabalho do apoio institucional considera as resistências e os impasses de uma parte importante do processo da desinstitucionalização, é porque reconhecemos a hegemonia do modelo hospitalocêntrico na gestão da saúde. Um exemplo disto é que uma das justificativas mais utilizadas pelos gestores municipais, diante das tentativas em coresponsabilizá-los, no planejamento dos cuidados territoriais dos usuários que cumprem medida de segurança, refere-se à inexistência de serviços de saúde que possam realizar este acompanhamento nos municípios.

Como não recuar diante de tão contundente argumento?

A respeito do que entendemos como a construção de uma transição entre os modelos de saúde, ou seja, a passagem do modelo hospitalocêntrico para o modelo comunitário, temos como marco político no Brasil, o movimento da Reforma Sanitária, iniciado na década de 1970, com a participação de diversos segmentos da sociedade, em especial os/as trabalhadores/as de saúde e os movimentos sociais. Este movimento foi se constituindo a partir da percepção de insatisfação popular com o modelo de saúde em vigência e a perspectiva compartilhada por muitos de que era possível construir uma outra experiência em saúde.

Em termos históricos, os brasileiros tinham a expectativa de abertura política diante o regime de ditadura civil-militar e retomada do processo de democratização no país. Como política e saúde não estão dissociados, a população reivindicava a construção de um modelo de gestão em saúde

⁷ Expressão utilizada por Gilles Deleuze no texto “O que as crianças dizem”, que compõem o livro “Crítica e Clínica” de 1997.

⁸ Trata-se de uma referência ao texto do Emerson Merhy Cuidado com o cuidado em saúde ; saiba explorar seus paradoxos para defender a vida. Tomando o conceito de autopoiese, tal qual forjado por Maturana e Varela.

que estivesse em sintonia com os anseios democráticos. Neste cenário de contestação ao modelo em vigência – a saber, médico e hospital centrado, excludente, autoritário e verticalizado – a descentralização surge como um dos princípios norteadores para constituição desta política.

Considerando a diversidade das demandas da população brasileira, tornava-se inadiável a ampliação e a diversificação da oferta de cuidados, nos diferentes níveis de complexidade. Neste sentido é que, a partir da década de 1980, as Conferências de Saúde e a consolidação do Sistema Único de Saúde (SUS), enquanto política pública, irão produzir um ambiente de aposta coletiva em uma nova agenda de trabalho. Nestes termos, serão aprofundadas as discussões sobre as diversas temáticas relacionadas à expansão da rede de saúde, tais como: a utilização do território como referência para o planejamento das ações em saúde, a importância da constituição de equipes multidisciplinares tendo como perspectiva a integralidade, a participação do controle social na gestão, a redução das internações em saúde mental, a lógica do funcionamento em rede interligando os serviços territoriais de saúde, o fortalecimento e ampliação da lógica da atenção básica e a perspectiva de articulação com a saúde mental, entre outras.

Na esteira destas transformações, novos atores e serviços foram surgindo indicando o fortalecimento da política do SUS. No campo dos trabalhadores de saúde faremos referência aos Acompanhantes Terapêuticos (AT), Cuidadores, Redutores de Danos, Agentes Comunitários e Oficineiros. Em relação aos serviços de saúde, citamos os CAPS I, II e III, CAPS Álcool e outras Drogas, CAPS infantil, os Serviços Residenciais Terapêuticos (SRT), as Unidades Básicas de Saúde (UBS), as Oficinas Terapêuticas, os Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF), e as Unidades de Pronto Atendimento (UPAS).

A partir deste histórico, e retomando as questões do apoio institucional, consideramos importante destacar a necessidade de os gestores conhecerem as necessidades de cuidado em saúde dos seus

munícipes, no sentido destas demandas forçarem a reorganização da rede de saúde. Na maioria das vezes, isto implica a abertura de novos serviços e a realização de pactuações sobre os fluxos de funcionamento em rede.

No entanto, a inexistência destes serviços não deve paralisar o processo de desinstitucionalização ou se tornar impeditivo para o retorno do usuário institucionalizado ao seu município de referência. Uma rede também é composta por atores que não pertencem ao quadro oficial de recursos de cuidado do município, como os amigos, vizinhos, o comércio etc. A rede da vida, enlaçada nos afetos que sustentam nossa existência, é o dispositivo informal que tem um papel fundamental quando estamos falando de desinstitucionalização. Esta porém não é de consolidação imediata, requerendo tempo e aposta dos atores envolvidos.

Diríamos que o primeiro território de disputas e enfrentamentos no campo da desinstitucionalização dos usuários se dá com as equipes que prestam atendimento na instituição, considerando que, na maioria das vezes, estão submetidas a outra lógica de cuidado. Um destes desafios é a articulação do planejamento do projeto terapêutico singular, com as redes de território, pois o que se observa com frequência é que estas redes são desconhecidas.

É o que percebemos em outra passagem do trabalho de articulação desenvolvido por nós, como apoiadores insituacionais, ao contarmos um CAPS, no sentido de possibilitar o retorno, de um usuário do IPF, que se encontrava com medida de segurança extinta, ao seu município de referência. Por telefone, conversávamos com a coordenadora do CAPS ad III, referenciado a este território. Ela conta que o usuário em questão, nas saídas da instituição para passar alguns finais de semana na casa da tia, já estava frequentando o serviço.

Depois de alguns contatos à distância, conseguimos viabilizar uma ida ao município para uma primeira aproximação presencial com a equipe

toda do CAPS. A programação foi passar o dia no serviço, dividindo espaços entre compreender a organização e o funcionamento local e discussões de questões apontadas pela equipe na direção da proposta da Educação Permanente em Saúde. Éramos ali duas trabalhadoras chegando em um CAPS AD III⁹, inaugurado há pouco mais de um ano. Nós nos organizamos para termos um espaço de reflexão acerca dos movimentos cotidianos que os trabalhadores apresentavam e discutirmos a permanência nesse serviço do usuário em processo de transição do HCTP, assim como, o acompanhamento das suas questões da vida diária.

Aquela equipe não apresentava resistência nem empecilhos quanto a acolher o usuário. Ele, até aquele momento, havia se adaptado ao que o CAPS oferecia. Tendo como moradia provisória, mas possível, a casa da tia, ele iniciava o resgate das suas relações no território onde viveu antes dos tempos da institucionalização. No entanto, percebemos uma distância que separava as duas equipes – a do hospital e a do território. Parecia-nos, diante disto, que o maior desafio do apoio estava relacionado sustentar a continuidade das discussões, à medida que as questões fossem surgindo, de forma a garantir a permanência do cuidado deste usuário em liberdade.

Vale lembrar que o processo de desinstitucionalização não termina com a substituição do local de moradia do/a usuário/a institucionalizado. É importante que este processo, que se desdobra a partir das ações que buscam o retorno do usuário(a) ao seu território, consiga mobilizar as equipes de saúde, no sentido de buscarem aprimorar o modelo de cuidado, na perspectiva da singularidade e da integralidade das necessidades inerentes a cada usuário(a).

Egressos de uma realidade onde a autonomia e o protagonismo não são direções de trabalho, pessoas anuladas pela instituição enfrentam o desafio de redescobrir os modos de circulação no novo território que se dispõe. Retomar a circulação na cidade é a ação potente para resgatar relações ou possibilitar que elas se criem. E para isso acontecer existem

⁹ Serviço territorial de saúde mental, 24 horas destinado ao cuidado de pessoas que usam álcool e outras drogas.

direcionamentos, mas não existem protocolos prontos. O apoio institucional pode funcionar como um dispositivo para tecer caminhos singulares de desinstitucionalização, ao mediar e sustentar questões e conversas entre os envolvidos, de forma a ativar as redes e articular as conexões possíveis.

Referências:

- Brasil RS. Da maquinaria mortífera do manicômio judiciário à invenção da vida: Saídas possíveis [dissertação]. Programa de Pós-Graduação em Psicologia, Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Porto Alegre; 2012.
- Deleuze G. Crítica e Clínica. São Paulo: Ed 34; 1997.
- Diniz D. A custódia e o tratamento psiquiátrico no Brasil. Censo 2011. Brasília: Editora UNB; 2013.
- Maturana H, Varela F. A Árvore do Conhecimento: as bases biológicas da compreensão humana. São Paulo: Palas Athena; 2001.
- Merhy EE. Cuidado com o cuidado, saiba explorar seus paradoxos para defender a vida. Campinas: Mimeo; 2004.
- Tallemberg C. Passagens de uma prática clínico-política menor: tese-ensaio sobre o processo de desinstitucionalização do hospital psiquiátrico Estadual Teixeira Brandão [tese]. Programa de Pós-graduação em Clínica Médica da Faculdade de Medicina. Universidade Federal do Rio de Janeiro. Rio de Janeiro; 2015.



Cenas e sentidos da desinstitucionalização

Maria Carolina Pinheiro Meirelles
 Tarissa dos Santos Rodrigues
 Marília Silveira
 Cláudia Aparecida Amorin Tallemberg
 Raphael Vaz

Muitas vezes, nos vemos em meio a uma cena, única, jamais vivida, sem certezas de que poderá se repetir, mas com imenso carregar de “sentidos”, que sem dúvida possuem muitos significados.

Assim, procuramos nesta escrita, trazer à tona algumas cenas e os “sentidos”, com o significado do que se sente, do que nos afeta, do que nos provoca, no momento do vivido. Sentidos estes, revelados por narrativas e depoimentos que nos ajudam a contar uma experiência de desinstitucionalização, para sempre em curso, de uma moradora da Região Sul do Rio Grande do Sul.

Não pretendemos aqui fazer uma discussão teórica ou conceitual sobre políticas de desinstitucionalização, que acreditamos seriamente embasar as ações desenvolvidas, mas apontar ao leitor o que dela extrapola, no trabalho em ato.

Fazemos aqui uma tessitura com mãos, corações e mentes e, por isso, apresentamos, ao longo do tempo, as expressões do que foi “sentido”, com breves depoimentos e identificando quem fala, sejamos nós, ou alguém que faz parte desta história.

Contamos uma breve história da constituição de uma nova família, um novo morar e um novo viver. Uma ação de desinstitucionalização, de um projeto aberto, com começo, com movimentos, muitos planos, muitas incertezas, e sem prazo para término.

Com a confiança de que o pouco “feito”, como uma expressão bem gaúcha, representa a possibilidade do muito que se deve desejar e se pode fazer para que seja dado um novo curso, um novo caminho, na vida de

alguém. E esse pouco toma ainda outra proporção quando atua na vida de uma pessoa, dita com tamanhas impossibilidades, tamanhas limitações. Limitações muito maiores, daqueles que compõem uma sociedade que não suporta o diferente, ou o que exige mais cuidado, que não produz, e por isso o exclui e o institucionaliza, amparada no discurso da “proteção”.

Neste relato, escolhemos identificar a usuária pelo carinhoso apelido de Drica, e a senhora que assumiu sua curatela, carregada de disposição de maternidade, solidariedade e muita responsabilidade, de Mãe. Bem como, falaremos irmão, irmã, namorado da irmã, companheiro da mãe. Enfim, optamos por de modo simples expressar os papéis desempenhados nesta nova família. Falamos de família, mas sem a pretensão de identificar aquela perfeita dos contos de fada ou de moldes tradicionais, falamos de família a partir de relações construídas, entre pessoas unidas pelas circunstâncias, pelos desejos, pelo afeto. Sem garantias de um “felizes para sempre” e sim felizes por um viver único, em que o real vivido, bom ou mau, feliz ou não, sempre vale a pena.

As cenas dizem respeito, então, à Drica, que em outubro de 2015, completou apenas 30 anos, mas que carrega talvez muito mais tempo de história, de uma sempre menina com diagnóstico de deficiência mental grave. Difícil compreender esta relação entre seu tempo cronológico e o tempo existencial.

Esta história começa para nós, quando a Coordenação do CAPS Mãos Amigas do município de Arroio Grande, entra em contato com a Coordenação de Saúde Mental da 3ª CRS/SES/RS, em agosto de 2013, pedindo ajuda para o seguinte caso.

Algumas semanas antes, a equipe do CAPS tinha visitado uma usuária, da qual não tinham notícias, visto que há tempos apenas algum familiar ia até o serviço buscar medicações e isso fazia já alguns meses. Ao chegarem à casa, encontraram a usuária na cama, sozinha, desnutrida, desidratada, e aparentemente sedada. Ao lado da cama havia apenas uma mamadeira com água, o que parecia ser o único recurso disponível para sua sobrevivência. Levaram a usuária para o hospital geral do município

e souberam que a mãe estava internada há cerca de duas semanas devido a uma infecção respiratória que a levou a óbito (em 30 de julho de 2013).

Esta usuária, com quase 28 anos, com diagnóstico desde a infância de deficiência mental grave, esteve sob os cuidados da APAE, até seus 18 anos, e morava com a mãe. O pai, idoso, com doença incapacitante, há tempos mora num asilo e não tem contato. Possui dois irmãos e uma irmã. A irmã perdeu a guarda dos próprios filhos, devido a maus tratos. Um irmão mora nos fundos da casa da mãe e já foi acusado de maus tratos com o pai. O outro, que tinha sua curatela, comprometeu 80% do benefício da irmã com um empréstimo, mora e trabalha na zona rural, tem uma esposa que reside na cidade com os filhos e frequentava a casa dela, mantendo mais contato. Conforme discurso de vizinhos da família e de profissionais da cidade, houve abandono, maus tratos e descuido da usuária. Sabe-se que, desde a infância, no meio rural, era amarrada nas cercas e, na cidade, costumava ficar presa no pátio junto com animais.

Lembro-me de cenas muito fortes, como quando conheci aquela menina de aparência frágil e grande olhos azuis, amarrada junto aos cachorros disputando uma lata de goiabada onde era servido o alimento e ali comia, com as mãos... (2)

De qualquer modo, nos últimos anos, ela tinha convivência totalmente restrita à casa onde morava com a mãe. E, neste momento, mais nada.

No hospital, quando começa a se recuperar clinicamente, também começa a apresentar agitação psicomotora, auto e hetero agressividade. Costumava gritar muito, reagia de forma agressiva a qualquer contato pessoal e batia com a cabeça.

Após alguma melhora do quadro psíquico, recebeu alta e foi para casa da cunhada, a qual foi nomeada curadora provisória.

Neste momento, se iniciam nossos esforços de interferir no curso da vida de Drica, e que constituem um projeto terapêutico de não institucionalização, de desinstitucionalização, de vida.

Cena1: Conhecendo a Drica

Pensando em contribuir com o caso da melhor forma possível, fomos à casa da cunhada para conhecer a Drica, suas condições de moradia e possibilidades de garantia de cuidado. Enfim, queríamos sentir o caso e propor algumas ações, amparadas no comprometimento da gestão estadual e municipal de saúde, em dar apoio técnico, financeiro e político de saúde mental.

Quando fomos recebidos pela cunhada, na sala, logo se aproximou Drica, muito ansiosa, buscando incessantemente um modo de se comunicar e de fazer contato físico (tocando, pegando, às vezes beliscando). Malvestida, com higiene precária, saúde bucal bastante comprometida, babando muito e com severo comprometimento da fala e movimentos. Apresentava evidente atrofia muscular por deficiência de movimentos ativos ou passivos, mas com clara capacidade de compreensão e entendimento de tudo que era falado a sua volta.

Informamos a cunhada que o motivo da visita era para conhecê-las e verificar como poderíamos ajudá-la a cuidar da Drica. Ela se mostrou interessada e disse que poderíamos conversar diante de Drica, porque ela não entendia nada. A cunhada então nos fala das dificuldades que tem sido ter a Drica em casa. Ela possui dois filhos, um casal de adolescentes. A menina não aceita a nova moradora da casa, tem se isolado, sequer se aproxima da Drica. Durante nossa visita, a adolescente não saiu do quarto, evidenciando forte resistência à nossa intervenção.

Vieram conversar conosco o namorado da filha e um irmão da cunhada. Ambos interagem com Drica e parecem menos resistentes. O irmão conta que Drica costuma tentar agarrá-lo, sexualmente. E observa-se que ela de fato fica mais agitada na presença masculina e busca contato físico, principalmente colo. A cunhada segue no relato da dificuldade de fazê-la comer, come com as mãos, não fala, grita muito, principalmente à noite e não dorme. Refere muitas queixas dos vizinhos e insiste na alegação de não ter condições de ficar com ela.

Numa rápida avaliação preliminar, mesmo com um cenário pouco favorável, procuramos investir na possibilidade desta cunhada ficar com Drica. Tentamos explicar o comportamento dela, dadas às circunstâncias, o diagnóstico, e uma história de descuido. Enfatizamos suas potenciais possibilidades de melhora e acenamos com auxílios, como providenciar uma casa mais cômoda, acompanhamento pelo CAPS e a contratação de um Acompanhante Terapêutico.

Embora diante de muitas resistências, tínhamos esperanças, e saímos desta cena, sonhando com muitas possibilidades de cuidado.

Contudo, os próximos capítulos desta história se constituem em retrocessos e muitas adversidades.

Pouco dias depois, por manifestações da cunhada em não poder mais cuidar de Drica, que estaria incontrolavelmente agressiva (entre outros motivos, por provável não administração das medicações e descuidos) ela é internada por ordem judicial no Hospital Espírita de Pelotas (HEP), hospital psiquiátrico.

Após decorrer cerca de 30 dias, diante da indicação de alta hospitalar e com a negativa de manutenção de curatela com a cunhada, a Promotoria Pública, defende e solicita ao município o encaminhamento de Drica para uma instituição asilar da cidade de Pelotas ou outra, pública ou privada, para moradia definitiva.

Daí inicia-se movimentos de resistência e de oferta de outros modos de cuidar, com todas as dificuldades possíveis.

A equipe do CAPS Mãos Amigas visitou as casas asilares indicadas pela Promotoria Pública e relata a total inadequação destas para acolher Drica.

O tempo foi passando e parecia nada acontecer, além de denúncias de maus tratos a uma paciente com deficiência mental internada no HEP (Drica) e de laudos da equipe médica do HEP, atestando que esta paciente não necessitava de internação em hospital psiquiátrico, mas sim de maternagem.

Enquanto isso, continuávamos insistindo em convencer e apoiar a gestão e os trabalhadores da rede de saúde de Arroio Grande para

investirem e providenciarem um morar e um cuidar para Drica, no próprio município. Esta atitude, no entanto, exigiria um enfrentamento direto da solicitação contrária já imposta pela Promotoria Pública.

É assim que, em mais uma tentativa de não sucumbir a mais fácil e menos digna ação, de colocá-la em uma instituição asilar, estes corações, estas mentes, e mãos que fazem o presente relato, se unem para um pequeno passo adiante, no caminho desta história.

Em 23 de janeiro de 2014, fomos visitar Drica no HEP e após nos reunimos na Secretaria de Saúde de Arroio Grande, com o secretário de saúde, o coordenador regional de saúde adjunto, trabalhadores do hospital geral, do CAPS, da Assistência Social e Promotora Pública.

Ao iniciarmos a reunião, ouvimos com todas as letras: “Não há o que fazer, esta menina tem que ser institucionalizada”.

Daí se manifesta a força de um grupo que sabe pelo que luta e tem o que dizer. Revezamo-nos, em muitas falas, pontos e contrapontos, no sentido de remover a descrença da maioria, e conseguir por ora, um acordo, um tempo para tentar algo diferente. Acordamos, com os presentes e a promotoria, a apresentação de um projeto terapêutico em menos de 15 dias. E saímos da reunião, cheios de ideias, de propostas, irreais para alguns que diziam que ninguém iria cuidar de Drica em Arroio Grande.

Dias depois, o projeto apresentado, resumidamente foi:

Ações de curto Prazo: período de 15 a 45 dias

Na semana de 27/01 a 31/01 a equipe de Saúde Mental de Arroio Grande irá ao hospital de Pelotas organizar a alta planejada da usuária.

Esta alta planejada terá a duração aproximada de 45 dias e deverá envolver visitas semanais ao hospital para realizar encontros com a usuária em seu local de hospitalização, isto é em sua enfermaria, a fim de estar no seu meio e realizar atividades no pátio do hospital, breves saídas ao entorno do mesmo a ser combinado com a equipe do hospital. O município de Arroio Grande, através da Secretaria de Saúde irá disponibilizar o transporte da equipe de referência do CAPS ao Hospital Espírita de Pelotas.

Neste período, serão possibilitadas e combinadas licenças onde a usuária poderá ir visitar o CAPS Mãos Amigas e retornar ao hospital.

Durante este período, o CAPS de Arroio Grande ficará responsável por verificar os vínculos afetivos que a usuária apresenta e se poderiam assumir sua curatela. Por hora, um trabalhador de saúde poderá assumir a curatela temporária, a fim de acessar o benefício da usuária. Este recurso deverá ser utilizado de acordo com o projeto de desinstitucionalização da usuária, seja para contratação dos cuidadores, aquisição de mobiliário, vestuário, alimentação, e/ou outras necessidades que a usuária venha ter. O assistente social do CAPS fica responsável por solicitar o benefício do Programa de Volta pra Casa (de acordo com a Portaria 2.077/2003), de acordo com o manual que segue em anexo, com auxílio da SES-RS e da promotoria, se necessário.

Ainda durante este período de 45 dias, a Secretaria Municipal de Saúde de Arroio Grande e a CRS irão se articular com a Secretaria Municipal de Assistência Social para definirem ações compartilhadas de cuidado com a usuária.

Ações de médio prazo: período de 45 dias a 60 dias.

O município de Arroio Grande ficará responsável por viabilizar uma casa ou família acolhedora para a usuária com a contratação de um(a) cuidador(a) para acompanhar a usuária durante o processo de desinstitucionalização. Preferencialmente a casa que irá acolher a usuária deverá ser próxima ao CAPS, pois, isto irá facilitar o seu deslocamento até o serviço de saúde, assim como da equipe até a residência da usuária, caso haja necessidade de apoio. O acompanhamento do cuidador (a) ocorrerá durante o período que Adriana estiver em casa, onde serão estimulados o aprendizado e a autonomia, referentes às questões do dia-a-dia. O acompanhamento também será realizado durante as saídas pela cidade e durante o período que a usuária estiver no CAPS. A SES-RS irá disponibilizar recurso financeiro no valor de 1500 reais/mês para auxiliar na contratação deste cuidador.

Após os 45 dias, diante da possibilidade de a casa não ter sido encontrada, a usuária irá para o Hospital Geral de Arroio Grande, para se beneficiar da hospitalidade noturna. Isto deverá ocorrer até o momento em que a casa for encontrada. Durante o dia, a usuária irá frequentar o CAPS.

O CAPS será o responsável pela coordenação da linha de cuidado e produção do projeto terapêutico singular, entendido como: um conjunto de atos assistenciais que visam definir estratégias de cuidado integral, ou seja, promover o acolhimento, estimular a convivência, a (re) constituição de vínculos, entre outros. O acompanhamento do uso do dinheiro também será uma responsabilidade do CAPS - compartilhada

com a SES-RS e a Promotoria - pois se insere como ação no campo de cuidados. E é responsabilidade do CAPS definir uma equipe de referência para o atendimento da usuária, que estarão mais diretamente envolvidos no cuidado e chamar os acompanhantes contratados para dar suporte e supervisão, a fim de alinhar os modos de cuidado do serviço e dos cuidadores, formando efetivamente uma rede de compromissos no trabalho com ela. Cabe ainda averiguar a situação da casa na qual vive a ex-cunhada se é mesmo uma situação de posse e alcançar essas informações para a promotoria.

O Projeto Terapêutico da usuária prevê ações diante situações de urgência e emergência, que eventualmente possam ocorrer. A equipe de referência da usuária irá disponibilizar os seus telefones de contato para serem acionados nestas ocasiões. O técnico que estiver diante desta situação irá fazer uma avaliação do ocorrido e realizar o encaminhamento, que poderá ser: realizar uma visita à usuária apostando que o episódio possa ser contornado na própria residência ou solicitar uma ambulância ao SAMU, para posterior encaminhamento ao Hospital Geral. Caso haja indicação de uma internação no HG a equipe do CAPS irá acompanhar a usuária até a ocasião de sua alta.

Ao final dos 60 dias será feita uma reunião com a rede a fim de avaliar o andamento desse Plano de Ação.

No entanto, menos de um mês depois, surge uma novidade que iria mudar o curso desta história. Após várias tentativas de contato e excluída qualquer possibilidade de reinserção familiar, a “cozinheira do CAPS” se disponibiliza para assumir os cuidados de Drica. De uma forma extremamente afetuosa e dedicada diz à coordenadora do CAPS: “tenho te visto muito preocupada com o caso da Drica, me deixa cuidar dela para ti?”

Trata-se de uma senhora de 45 anos, divorciada, com quatro filhos, dois mais velhos, já casados e um casal de adolescentes, sendo o menino adotado. O atual companheiro trabalha e passa a maior parte do tempo na zona rural. Ela mantém a decisão de cuidar da Drica apesar das adversidades alegando apenas que precisaria mudar de casa, porque sua casa era pequena e faltaria um quarto.

A partir desta bela surpresa, foi solicitada a curatela de Drica para esta nova Mãe, a qual passou a visitá-la semanalmente no HEP, acompanhada por

profissional do CAPS, para iniciar a formação de vínculo. Seu entusiasmo e dedicação com Drica foram revigorantes no curso deste caso.

Enquanto isso foi feita a solicitação de um aluguel social com custos municipais, para melhor acomodar esta família. Além disso, foi feita a solicitação de recurso estadual de saúde mental para apoiar esta ação de desinstitucionalização, visto que, a nova mãe, pretensa curadora abdicou do emprego no CAPS, e não pode contar com o benefício de Drica, que está comprometido.

Ao passarem-se os dias, a demora da decisão judicial da curatela e a autorização para o aluguel da casa foram dificultando a saída de Drica do HEP.

Aproximadamente dois meses depois, definida a curatela, combinamos com a equipe do hospital uma visita/reunião com profissionais do CAPS, do hospital de Arroio Grande e a mãe. Esta visita/reunião objetivou, sobretudo, a troca de informações sobre os cuidados com a Drica, na perspectiva de que em alguns dias fosse transferida para o hospital de Arroio Grande, até que pudesse ir para casa com a Mãe.

No dia combinado, que ocorreu em 15 de maio de 2014, novas surpresas, novos encantamentos. A Mãe chega contando que já está com a chave da nova casa e que deseja levar Drica, direto para lá, evitando uma nova internação.

Diante de tamanha disposição e afeto, apoiamos sua decisão e procuramos esclarecer o máximo de dúvidas com a equipe do HEP, como hábitos de sono, alimentação, higiene, medicações etc.

Na ocasião Drica estava bem higienizada, tranquila e a vontade com a equipe do HEP. Participaram da reunião, o administrador, a assistente social, o médico clínico e a médica psiquiatra, que a acompanhava, além da enfermeira e do técnico de enfermagem de plantão. Todos foram atenciosos e socializaram algumas informações. Falaram sobre o tratamento dentário que Drica começou na Universidade Federal de Pelotas (UFPel), que permitiu que ela se alimentasse melhor e tivesse alívio de dor, a qual identificaram como

causa de muitos episódios de agitação e agressividade. Falaram também da dificuldade de realizar higiene íntima e do comportamento dela com pessoas do sexo masculino e sobre as medicações, principalmente, indutores do sono.

A Mãe trouxe roupas e alimentos, demonstrava afeto e naturalidade em cuidar de Drica, que também já demonstrava intimidade com a Mãe e desejo de ir para casa.

Deste modo, combinamos que na segunda próxima, voltaríamos ao hospital para buscar Drica e levá-la para casa e que nos encontraríamos lá para um café da tarde.

Quando me lembro do caso da Drica duas memórias me invadem imediatamente, são lembranças dos encontros que tive com ela. A primeira, naquele janeiro quente até o limite de nossas forças, fomos chamados no município de Pelotas para conhecer Drica, internada no Hospital Espírita da região. O ar quente do dia parecia que nos forçava ao chão, a cada saída de salas ou do carro com ar condicionado. O prédio do Hospital sufocava com seus corredores estreitos (ainda que altos) e suas portas trancadas a chave. A equipe do hospital nos recebe, conta de sua avaliação e nos permite a visita à Drica dentro da Unidade. No caminho a médica assistente pede para que nos apercebamos dos gritos que vem da unidade, são de Drica. A terceira porta chaveada é aberta e no corredor vem Drica cambaleando, curvada, boca aberta, andando com alguma dificuldade. Grita ao avistar os médicos conhecidos. Parece curiosa com a presença dessa comitiva em visita a ela. Pega os médicos pela mão e caminha indicando o banco para sentar num lugar menos barulhento. Num dos pontos do corredor escutamos uma ensurdecidora máquina de cortar grama. Ela grita. Ela tem razão, o barulho e o calor são insuportáveis. Drica era uma história de livro, havia sido criada pela mãe junto com os cães, não falava, não tinha os hábitos à hora de comer, precisava de ajuda para tudo. Tudo isso, a equipe do hospital nos contava, das agitações e de que se feria quando estava em crise. De que haviam relacionado uma dor de dente aos acessos de automutilação. Naquele ambiente também não me parecia possível não enlouquecer, não gritar e não se machucar (3).

Cena 2: Drica em casa (transformar em presente)

Dia 19 de maio de 2014, após mais um 18 de maio, dia Nacional da Luta Antimanicomial, estávamos de fato concretizando esta luta na medida em que participávamos desse importante passo na retirada de uma paciente de um hospital psiquiátrico, garantindo-lhe uma convivência familiar jamais possível em qualquer instituição. Esse ano ficou marcado de modo muito especial, por se concretizar o que para muitos era só um sonho.

Ao chegar à casa, tudo se transformara numa visita trivial. Como chegar a uma festa de comemoração, pela mudança de uma família como tantas outras, para uma casa nova. Estávamos ali, juntos, profissionais da saúde, trabalhadores do município ou do estado e gestores, com os amigos, a Mãe, seus filhos e a nova filha. Ao nos mostrarem a casa, contavam como tinha sido o final de semana, pintando, comprando móveis, limpando e arrumando o espaço de um novo morar e um novo viver, cheio de incertezas. Não tinham dúvidas, nada poderia ser diferente, era de fato um momento de extrema felicidade, de extrema realização.

Drica, “toda boba”, de roupa nova, e um pouco agitada, como todos nós, sem dúvida, ocupava todas as atenções, andava pela casa, corria no pátio, reconhecia seu quarto (mas demonstrava gostar do quarto da irmã, que era todo rosa). Recebia atenção da Mãe, das visitas, em especial da irmã que parecia ter nascido e se criado com ela.

Poucos momentos da minha vida profissional me proporcionaram tamanha emoção e felicidade, e tenho o privilégio de ter vivido muitos. Mas este foi forte, foi intenso, e as lágrimas caíam sem controle. Tudo era tão simples e tão complexo ao mesmo tempo, “não era nada demais”, era “somente” um dia de festa, na casa de uma família, tipo aniversário, com bolo, refrigerante, salgadinhos, muita conversa e riso solto (1).

Conversando com uns e com outros, lembrando as dificuldades e principalmente a descrença de que este momento fosse acontecer, o secretário de saúde, disse:

Eu não acreditava que isto seria possível, e fomos adiante porque nos sentimos apoiados por vocês do estado.

Após um delicioso e inusitado café, tentamos orientar esta nova família, não só para cuidar da Drica, mas para cuidarem de si, tendo paciência e aprendendo a descobrir suas necessidades aos poucos, buscando ajuda, contando com a equipe do CAPS, com todos nós. Havia um desejo de protegê-los, de ensinar-lhes, no entanto, havia muito mais a aprender do que a ensinar àquela família.

A segunda memória é de uma cena que contrasta com a do encontro anterior, quando vemos Drica em casa, com sua família, alegre pela casa nova com a Mãe e os irmãos. Não parecia a mesma Drica que vimos no hospital. Embora lá a tivéssemos entendido, suas peculiaridades no modo de falar, gritar e demonstrar carinho, na nova casa, ela já é outra e suas expressões, naquele contexto, já têm mais sentido de comunicação. Ela entra e sai dos cômodos nos apresentando tudo, sorri como quem nos agradece por acreditar naquilo tudo para ela. No tempo entre essas visitas a equipe do CAPS, essa coordenadora regional e essa família trabalharam muito naquilo que é mais difícil do que organizar as condições financeiras para isso acontecer, que seria a “função do estado” nesse trabalho. Trabalharam e seguem trabalhando no cotidiano da vida, das noites insones, dos tempos de cada um nessa história. Houve aí um processo de desinstitucionalização de todos nós e em todos nós nasceu a certeza de que esse caminho não tem nada de fácil, mas é possível. Nossa equipe de gestão nunca duvidou disso, mas isso não nos impede uma emoção particular com essa história. Esta possibilidade é que nós guardamos na memória junto com a coragem dessa equipe que sustentou este processo e ajudou na constituição dessa família, dos cuidados especializados da saúde mental até a pintura na parede do quarto de Drica. A outra Drica que nasce desse encontro mostra para todos nós e todos os habitantes daquela cidade os efeitos do cuidado em liberdade, o efeito da aposta na vida. Permite-nos aquela tomada de ar e uma mirada no horizonte daquela utopia que nos faz caminhar, mas que a cada tanto também podemos tocar. Uma utopia enfim possível, como todo o trabalho que dela advém (3).

Nos meses seguintes, problemas, avanços, problemas, avanços, problemas, e vida que segue.

No início sabemos que foi bem difícil, ela precisou da medicação injetável para dormir, mas logo, não foi mais necessário. A mãe percebeu que precisava entretê-la até dormir sozinha. Seu comportamento habitual não mudou do dia para noite, muitas vezes se mostrando ainda agitada, um pouco agressiva. Ainda costumava gritar, e batia com a cabeça algumas vezes, talvez sendo esta a única forma de comunicação que encontrava.

A paciência e a sensibilidade dessa mãe foram fundamentais para que a adaptação da Drica ocorresse de forma natural. Foram anos de institucionalização e amarras..., era preciso dar liberdade para que a Drica escolhesse qual a melhor forma de dormir, de comer, de se comunicar. Hoje, ainda me emociono toda vez que chego lá e a vejo, tranquila, dormindo na rede. A experiência do trabalho em saúde mental nos permite perceber detalhes que talvez pareçam irrelevantes aos olhos de quem não se envolve com o caso.

Ao lembrar as situações já observadas anteriormente e ver tudo o que já foi conquistado até agora, fica evidente que está sendo feito o melhor possível. O olhar tranquilo da Drica me traz a certeza de que tudo valeu a pena. (2)

Levou um bom tempo para deixar fazer sua higiene íntima, e sofria com o período menstrual. Consultou com a ginecologista e começou um tratamento hormonal. Apresentou outros problemas de saúde, infecções, dermatites, etc., e foi tratada, conforme necessidade. Aprendeu a comer com talheres e foi melhorando a comunicação verbal.

Por um período, foi acompanhada por profissionais do CAPS, em casa, ou no próprio CAPS. Contudo sempre ficou mais tranquila em casa e foi preciso reconhecer que nem sempre a proposta inicial é a mais adequada.

Alguns meses depois foi contratada uma Acompanhante Terapêutica, com disponibilidade de recurso estadual, e que passou auxiliar cotidianamente nos cuidados com Drica.

Entre as adversidades, foi significativo, o enfrentamento de queixas e denúncias à promotoria, por parte de uma vizinha que manifestou incômodo, devido a Drica “fazer” barulho ao correr e brincar na calçada e ouvir música muito alta. Situação esta de grande desgaste para Mãe, que preferiu mudar-se de casa, a enfrentar a hostilidade da vizinha.

E entre os alentos, após uma avaliação neurológica, Drica foi liberada para fazer Equoterapia. Ela hoje é atendida pela APAE do município e já apresenta relativa autonomia diante do cavalo.

Em outras visitas, sempre se percebeu muito afeto, vínculo e cuidado, não só por parte da Mãe e irmãos, como também do namorado da irmã, e do companheiro da Mãe.

Cena 3: Drica na nova casa

Ao visitar Drica em março de 2015, encontramos esta família morando em uma nova casa. Fomos recebidos pela Mãe, pela Acompanhante Terapêutica (AT) da Drica e pela irmã. O irmão estava fora, jogando futebol. Drica estava dormindo e pedimos para não acordarem. Perguntamos a cada uma delas como estavam, “as coisas da vida”: casa nova, escola, namoros, situações cotidianas e tudo pareceu bem, como foi respondido.

Fica evidente que a decisão de mudarem de casa foi uma mera tentativa de evitar o sofrimento causado pelo enfrentamento dessa situação. Na ocasião, percebeu que a hostilidade da referida vizinha estava inclusive prejudicando o desenvolvimento de Drica, na medida em que embotava sua espontaneidade. A mãe deixa claro que até hoje não aceita o fato e que não aceitaria uma nova mudança fundamentada nessas mesmas razões

Quando começamos a conversar sobre a Drica, logo nos contaram que, no dia anterior, ela fizera Equoterapia (Equo). É momento de se arrepiar, de se emocionar, com o pouco contado pela AT.

Conta que ela já sobe sozinha na rampa de acesso ao cavalo, que faz o som característico de “tocar cavalo” e que já aprendeu a chamar a égua,

“Pedrita”. Também aprendeu a tocá-la e a não a temer. Da mesma forma, a equipe foi também aprendendo a lidar com Drica, com seus “gritos”, seus gestos, sua forma de comunicação.

Também, nos explica que, na Equoterapia, está sendo trabalhada sua postura corporal. Conversamos sobre o quanto isto poderá ajudá-la a melhorar seus movimentos musculares e tantos outros aspectos da sua vida. Conversamos, sobre como ela tem dormido, se alimentado, etc., tentando avaliar este período de quase um ano, desde que ela foi trazida do HEP.

A Mãe nos conta que foi reajustada a dose da medicação e que ela tem dormido toda noite. Tem se alimentado bem e obteve significativo ganho de peso. Lembra que, desde que começou um tratamento hormonal (medicação injetável feita pela enfermeira do CAPS de 3/3 meses), foi interrompido o ciclo menstrual e por isso não apresenta TPM, o que alterava muito o seu humor e contribuía com sua agitação e agressividade.

Relatou também que conseguiu que ela deixasse o hábito do chimarrão, pois observou que contribuía com sua agitação. Conta que ela tem estado muito tranquila, que não “grita”, não “morde”, não “belisca”, que entende e atende um “não” e nunca mais bateu com a cabeça, no chão ou na parede. Fala de uma Drica, muito mais sociável, carinhosa, que compreende tudo e que aprendeu a falar de modo que se compreende perfeitamente o que ela quer dizer. Comunicação não é de modo algum um problema.

A irmã mostra com satisfação um vídeo no celular em que ela ensina Drica a pronunciar algumas palavras. E no meio da conversa a Mãe disse:

- *A Drica não é problema, ela precisa de afeto e carinho.*
- *Em todo lugar que vou com a Drica, as pessoas dizem que ela não é mais a mesma que eles conheceram.*

Quanto à sexualidade, seu comportamento de buscar contato físico com pessoas do sexo masculino, contam que está muito menos exacerbado, que ela tem reagido de forma tranquila e natural na presença masculina.

No que diz respeito ao tratamento bucal realizado na UFPel, a mãe conta que está no momento interrompido, sendo reavaliada a necessidade de retomada desse acompanhamento.

Na ocasião, foi reforçada a necessidade de investir em acompanhamento com fonoaudióloga e, sobretudo, fisioterapeuta. Dessa forma, foram feitos os encaminhamentos necessários para que Drica inicie as sessões de fisioterapia imediatamente, observando que qualquer avanço, por menor que seja, já configura um ganho na sua qualidade de vida.

O discurso significativo do neurologista da APAE que a avaliou recentemente reforça essa preocupação, alegando que acompanha a Drica há muito tempo, mas nunca a viu tão bem como agora.

Lembramos também da necessidade de buscar informações sobre a bolsa do Programa de Volta para Casa, que já foi solicitado, mas sem retorno até o momento. Recurso importante, considerando que o benefício dela ainda está comprometido por empréstimo feito pelo antigo curador, e que depende dos recursos municipal e estadual.

No auge das conversas, também fizemos algumas perguntas pontuais a Mãe, como: Qual foi a pior fase ou o pior momento que ela precisou enfrentar? O que ela diria sobre como cuidar, ou como ser mãe de Drica? E ela, assim respondeu:

– O pior momento não existiu. A pior fase, ou de maior dificuldade, foi no início, os dois primeiros meses, quando ela não dormia de noite e tínhamos que ficar acordados juntos. Fomos aprendendo a deixá-la dormir onde estava, no sofá, no chão, na sala, onde estivéssemos, e não insistir para levá-la para o quarto, para a cama dela.

– A paciência em esperar o tempo da Drica, isto foi fundamental.

Depois de muita conversa, é hora de ir embora, mas temos que ver Drica. No seu quarto, a encontramos dormindo numa rede, suspensa, num quarto amplo, limpo, colorido. O quarto da Drica, seu segundo quarto, outros cheiros, outras cores, outros vividos e sentidos, na sua história.

Ela acorda cheia de preguiça e fica olhando para ver quem a admira tanto. “Umás bobas, que dão sentido, até excessivo a este momento, pois é para ser só alguém acordando da cesta, numa hora qualquer, numa vida e num morar qualquer”.

Drica dá as mãos, levanta, sorri, dá beijos, reclama, fala do seu jeito..., nos acompanha até a sala, senta no sofá, e “faz postura”, ergue o pescoço, alonga a coluna, como está aprendendo na Equo.

Do quarto para sala, chega o companheiro da mãe, conversando, interagindo, como mais alguém que compõe uma cotidiana cena de família.

Vimos uma Drica, bem nutrida, limpa, vestida, ainda com dificuldade para andar, para falar. Que estamos dizendo? É só isso? Como avaliamos a saúde da Drica? Bueno, como se diz por aqui, o que vemos é uma pessoa, com uma casa, uma mãe, irmãos, amigos, enfim, uma vida.

O quanto mais longe eu vejo a Drica daquela cena em que a conheci, ou de dentro do hospital psiquiátrico, mais sinto que tudo tá valendo, e muito. (1)

Neste dia, também fizemos uma oficina de gestão de redes, com o grupo condutor local no CAPS e, entre outras cenas, vividas e sentidas, há uma que preciso contar para a colega Vera Resende, e que seja neste espaço. No meio das discussões de casos, a equipe contou que, no carnaval, o “C. A.”, usuário que foi desinstitucionalizado do São Pedro, há 5 anos, negociou uma mudança temporária da sua medicação para poder, aproveitar o carnaval. E ao final do dia, quando eu estava saindo do serviço, lá estava ele, saindo também, alegre, bem vestido, todo vaidoso. Ah, Verinha, te conto mais, ele tem namorada, e tá aprontado todas, graças a você, a outros e a mais um, tantas vezes, desacreditado e com poucos investimentos, “projeto de desinsti”. (1) Sempre penso e sinto no Caso Drica como tantos outros que conheço e que sei que existem, tanto pelo (que) está sendo feito de bom, de humano, na construção de autonomia com liberdade, como dos tantos que ainda estão à margem do sonhável. Mas, me apego a este, pelo seu potencial representativo, do possível, do concreto. (1)

Estas cenas não terminam aqui, há muitas ainda por vir e esperamos que façam parte da vida de muitas outras “Dricas”, de muitas outras pessoas.

Como dito no início, trata-se de uma história ainda em curso, com muitas adversidades, mas sobretudo desafios.

Não temos o intuito de traçar aqui um marco histórico na política da desinstitucionalização, mas sim de evidenciar o quanto ações simples e cotidianas podem ser extremamente eficazes para tornar possível um viver mais digno e humanizado. O que foi feito no caso da Drica vai além de qualquer possibilidade já prevista de desinstitucionalização. A experiência permitida pela troca do afeto, pelo cuidado incondicional não é definida por nenhuma estrutura de política pública e só pode ser vivenciada de fato em uma família.

As cenas e os sentidos seguem...



Gestão intersetorial de políticas públicas para a desinstitucionalização

Ana Carolina Rios Simoni
Claudia Aparecida Amorin Tallemberg

No Rio Grande do Sul, o problema da institucionalização de pessoas de diversas idades em asilos para idosos é uma realidade a desafiar as políticas públicas. Desde 2010, são fiscalizadas pelo Ministério Público Estadual, casas asilares utilizadas como lugar de moradia para pessoas que, por sua diferença ou demanda de cuidados, não encontram lugar em uma sociedade que ainda é extremamente desigual e excludente. Tais estabelecimentos, em sua lógica de funcionamento e na sua função social, em nada, diferem dos primeiros asilos encontrados na Europa, nos quais deficientes, pobres, idosos, loucos e mulheres excluídas habitavam os mesmos espaços de reclusão e isolamento.

Alguns defendem que se trata neste problema de algo produzido pela Lei da Reforma Psiquiátrica gaúcha, pioneira a nível nacional, pela qual a construção de novos hospitais psiquiátricos foi proibida no início da década de noventa¹⁰. Segundo os que sustentam esta posição, há uma parte da população que, por sua incapacidade, precisa de instituições de moradia que se responsabilizem pelos seus cuidados cotidianos e pelo tratamento de sua doença. Essa necessidade justificaria a permanência de instituições de longa permanência, não apenas destinadas aos idosos, conforme a legislação vigente, mas a todos aqueles cujas famílias não possam ou não se disponham a oferecer o cuidado necessário.

Ao nos debruçarmos mais detalhadamente sobre esse discurso e o campo no qual ele se fortalece, percebemos que a necessidade que algumas pessoas têm de cuidados constantes – seja no domicílio, seja em sua circulação no tecido social – é confundida com a demanda de institucionalização.

¹⁰ Segue passagem do texto da referida Lei: “Fica vedada a construção e ampliação de hospitais psiquiátricos, públicos ou privados, e a contratação e financiamento, pelo setor público, de novos leitos nesses hospitais” (Art. 3º, Lei 9.716/92).

Cuidar em regime de moradia e acompanhar nas atividades da vida não são equivalentes à necessidade de moradia institucional. Pelo contrário, a instituição asilar, em seu funcionamento disciplinar e generalizante, em sua lógica anuladora da singularidade, em sua insistência focal na doença, em seu universo apartado do código social compartilhado, não cuida, não acompanha, não trata. Os efeitos da institucionalização marcam os corpos dos moradores dos muitos hospitais psiquiátricos e estão aí para os que quiserem enxergar: perda de autonomia, medicalização, apagamento da experiência do tempo, rompimento dos laços de pertença familiar e social.

A prática secular da institucionalização é também frequentemente justificada pela falta de serviços de saúde e assistência social e falha na rede de cuidados existente, o que faria com que, diante da insuficiência de recursos, se necessitasse ofertar às famílias e usuários aquilo que se tem à mão, ainda que se trate de um asilo. É frequente que trabalhadores da saúde e/ou assistência social lamentem ter de tomar tal medida, mas o façam acreditando que é o possível a ser feito em um deserto de outras oportunidades. Inúmeros são os casos em que se produziram institucionalizações de intensão provisória, até que a rede pudesse ser construída, as quais se transformaram em interações de longa permanência.

Como explicar que um fenômeno que recoloca com força a necessidade de efetivar a transformação do modelo de atenção em uma efetiva rede comunitária possa ser compreendido por alguns, justamente, como o que justificaria a perpetuação de instituições totais? Como justificar a instituição total, em que pese todas as experiências bem-sucedidas de cuidado, em liberdade e em rede, em andamento no Brasil? E o que está por trás desta cortina de fumaça do “bem” que a perpetua?

A experiência intersetorial da gestão estadual, no município de Cachoeira do Sul, região central do Estado, em parceria com o Ministério Público Estadual, especialmente em 2014, visibilizou as entranhas desses processos manicomiais do século XXI. A situação instalada no município de um número expressivo de instituições de longa permanência para

idosos irregulares, com um grande contingente de usuários acolhidos em condições subumanas, trouxe para o cenário das políticas públicas a necessidade de efetivação do trabalho integrado, compartilhado e intersetorial, ultrapassando o conceito de trabalho multiprofissional dentro de políticas públicas segmentadas e paralelas. A condição de vida dos usuários acolhidos nas instituições de Cachoeira do Sul não permite mais naturalizar a segmentação das políticas públicas, pela qual os profissionais operam somente dentro da sua “caixinha”, desrespeitando o princípio da integralidade e a visão de sujeito de direitos, conforme o que preconiza a legislação do Sistema Único de Saúde e a Lei Orgânica de Assistência Social, que no seu art. 2º, parágrafo único, preconiza que “a assistência social realiza-se de forma integrada às políticas setoriais, visando”, entre outras questões “à universalização dos direitos sociais” (Lei Orgânica de Assistência Social, 1993).

Neste texto, compartilharemos alguns momentos deste trabalho intersetorial diante de um fenômeno de violação de direitos que convoca a sociedade a se posicionar. Esperamos que o relato que dividimos aqui contribua para vislumbrar caminhos para as políticas públicas na direção de uma sociedade mais justa e inclusiva. E, por fim, desejamos que este relato enseje um diálogo no qual as pessoas institucionalizadas, em suas experiências singulares também tenham direito à palavra. Para aqueles que preferem ignorar essa necessidade civilizatória também desejamos que este texto descortine outras paisagens.

Gestão Intersetorial

Em levantamento do Ministério Público de Cachoeira do Sul figuravam, em 2013, 23 casas asilares sem alvará sanitário no município de Cachoeira do Sul, nas quais são realizadas pelo MP vistorias sistemáticas das quais derivam, por vezes, Termos de Ajuste de Conduta (TAC) para adequação à legislação sanitária vigente. No conjunto das pessoas institucionalizadas

nestes locais, há idosos, pessoas com deficiência física e/ou mental, pessoas com histórico de vulnerabilidade social e institucionalização em abrigos da assistência social, bem como pessoas com transtorno mental egressos do Hospital Psiquiátrico São Pedro, do Instituto Psiquiátrico Forense e/ou encaminhados por secretarias de saúde, de assistência social e familiares. Tal situação foi e segue sendo acompanhada pelo Centro de Apoio Operacional do Ministério Público Estadual dos Direitos Humanos (CAO), o qual vem demandando do poder executivo estadual as providências cabíveis a sua esfera de competência e atuação.

Em abril de 2014, as Secretarias de Estado da Saúde (SES), da Justiça e dos Direitos Humanos e do Trabalho (SJDH) e do Trabalho e do Desenvolvimento Social (STDS) passaram a compor um Grupo de Trabalho constituído por representantes da esfera federal (Secretaria Especial de Direitos Humanos da Presidência da República, Ministério da Saúde, Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome), estadual e municipal (Secretaria Municipal Saúde e Secretaria Municipal do Trabalho e Assistência Social de Cachoeira do Sul), coordenado pelo Ministério Público Estadual/RS. O governo do estado formalizou sua participação neste processo através do Decreto Estadual nº 25.084, de 25 de novembro de 2014, que institui o referido grupo de trabalho, com o objetivo de planejar ações conjuntas entre os entes federativos para a regularização das instituições e desinstitucionalização das pessoas irregularmente institucionalizadas, conforme projetos terapêuticos singulares. A publicação deste decreto significa a afirmação do trabalho de Estado, intersetorial e interfederativo, como arranjo capaz de garantir os direitos e a qualidade do cuidado de uma população historicamente posta à margem das políticas de governo.

Embora formalizado apenas ao final de 2014, pode-se dizer que este trabalho intersetorial teve início em 2011, quando o Centro Operacional dos Direitos Humanos (MP-RS) contatou a Secretaria de Estado da Saúde para discutir e encaminhar soluções para a problemática. Naquele momento,

os dados disponíveis no MP, fornecidos pelos próprios proprietários das instituições, registravam que a maioria dos moradores possuía algum transtorno mental, o que foi imediatamente interpretado pelo MP como demanda para implantação de vinte Serviços Residenciais Terapêuticos. A SES se posicionou assumindo sua responsabilidade de gestor estadual na composição de um processo de trabalho que exigia, desde nossa perspectiva, que se esclarecesse melhor a demanda em questão.

As informações fornecidas pelos proprietários das instituições, atualizadas pelo MP em abril de 2014, trouxeram dados que não davam conta de esclarecer informações essenciais sobre as pessoas em situação de institucionalização. Apresentava apenas informações preliminares – nome, RG, CPF, data de nascimento, responsável, município de procedência, data de ingresso, renda, patologia e se o morador era interditado ou não – que não contemplam as exigências de uma metodologia de levantamento de informações sobre pessoas em situação de institucionalização. A fonte das informações não se mostrava segura, por um lado, porque era comum que alguns proprietários das instituições omitissem informações e documentos e, por outro, porque nesses levantamentos não estava prevista a escuta dos moradores, seus familiares e das equipes das redes dos municípios de proveniência.

Nesse sentido, após um processo necessário de alinhamento das concepções e metodologias de intervenção, o que o trabalho intersetorial comumente demanda, o grupo de trabalho propôs um Plano de Ação que previa a realização de um Censo Clínico Psicossocial pelos municípios de procedência dos moradores, com apoio das Assessorias Técnicas Regionalizadas da Assistência Social e das Coordenações Regionais de Saúde Mental do Estado.

Considerando os dados do levantamento preliminar do MP, que apontavam Cachoeira do Sul como município de proveniência com maior contingente de pessoas institucionalizadas, a Secretaria Estadual da Saúde priorizou o apoio técnico e financeiro à Secretaria Municipal de

Saúde deste município para viabilizar as ações de desinstitucionalização. Este financiamento estadual foi instituído pela Portaria SES 409/2014 e destinado à contratação de equipe técnica, durante o período de 2 anos, para realização de Censo Clínico Psicossocial e construção de Projetos Terapêuticos Singulares para as pessoas institucionalizadas irregularmente nas instituições de longa permanência do município, bem como para a implantação de três Serviços Residenciais Terapêuticos municipais. O incentivo financeiro de desinstitucionalização foi definido na ordem de R\$ 976.600,00, repassados fundo a fundo, em quatro parcelas trimestrais, a contar de maio de 2014. O mesmo tipo de incentivo foi concedido em abril de 2014 ao município de Viamão, que possui uma problemática semelhante.

O repasse da primeira parcela deste incentivo financeiro foi condicionado à assinatura de um termo de compromisso entre a Secretaria Municipal e Secretaria Estadual de Saúde, no qual foram pactuadas as ações a serem desenvolvidas na intervenção emergencial de desinstitucionalização no município de Cachoeira do Sul. No entanto, a primeira ação pactuada, a saber, a contratação da equipe para realização do Censo Clínico Psicossocial e implantação de três Serviços Residenciais Terapêuticos, não foi realizada, pois a Câmara Municipal de Vereadores, em outubro de 2013, não aprovou o Projeto de Lei do Executivo Municipal que autorizava a contratação emergencial de profissionais para viabilizar tal processo. Diante desse cenário, no tempo em que a situação demandava, não havia recursos humanos suficientes para a aplicação do Censo nos municípios de Cachoeira do Sul institucionalizados. Assim, a pedido do Ministério Público Estadual, as Secretarias Estaduais da Saúde, do Trabalho e do Desenvolvimento Social, da Justiça e dos Direitos Humanos, com o Ministério da Saúde organizaram força-tarefa para a realização do Censo Clínico Psicossocial em duas instituições asilares de Cachoeira do Sul. Os censos dos municípios de Cachoeira seriam a prioridade da Força-Tarefa e o dos demais moradores ficaram sob a responsabilidade das equipes dos municípios de procedência dos usuários, os quais foram orientados

a realizar visitas periódicas às instituições, assessorados pelas equipes regionalizadas de saúde e assistência social do Estado.

A Força Tarefa foi composta por servidores do Ministério Público Estadual, da Coordenação Estadual de Saúde Mental (SES), da Coordenação Estadual da Atenção Básica (SES), do Departamento de Assistência Social (STDS), das Coordenadorias Regionais de Saúde (SES), das Assessorias Técnicas descentralizadas do Departamento de Assistência Social (STDS) e das Secretarias Municipais de Saúde e Assistência Social, tendo início em 18 de novembro de 2014. Combinaram-se ações de vigilância sanitária, ações de fiscalização sob responsabilidade do MP local e a realização da metodologia do Censo Clínico Psicossocial com 86 pessoas, provenientes do município de Cachoeira do Sul, moradoras de duas instituições asilares.

O Censo Clínico Psicossocial

A realização do Censo Clínico Psicossocial visava obter informações atualizadas sobre a situação de saúde dos moradores, o cotidiano das casas e as condições de dependência e de autonomia das pessoas institucionalizadas. As informações obtidas subsidiariam a elaboração dos Projetos Terapêuticos Singulares de cada um dos moradores e a articulação com os serviços da rede intersetorial para a execução de projetos terapêuticos singulares no município sede da instituição ou de proveniência do usuário.

A metodologia do Censo Clínico Psicossocial consiste em visitas às instituições, entrevistas com as pessoas institucionalizadas, com os cuidadores e os responsáveis pelas instituições e, quando possível, com os familiares e a rede assistencial do município de proveniência. Consiste também na consulta a prontuários e outros registros sobre os moradores. Visa a conhecer as pessoas institucionalizadas, atentando para os aspectos clínicos, psicossociais e socioeconômicos, resgatando histórias de vida, suas relações sociais e familiares, no sentido de mapear redes de proteção e fatores de vulnerabilidade, com a finalidade de fornecer informações para construção do PTS.

O processo de realização do Censo Clínico Psicossocial nas duas instituições escolhidas como prioritárias demonstrou que as mesmas não ofereciam adequadamente os cuidados de saúde em regime de moradia, conforme já havia identificado o Ministério Público local. Além das questões de ilegalidade evidentes nestes locais, como falta de alvarás de localização e sanitários, plano de prevenção contra incêndio e inadequações estruturais, o que causou maior consternação na ocasião da entrada das equipes nas instituições foi a forma pela qual os usuários eram tratados. Comida e água escassas para um grande contingente de pessoas, usuários sem tratamento de saúde, profissionais de saúde contratados (por exemplo, médico, enfermeiros, técnicos de enfermagem e psicólogos) que deveriam dar conta de suas responsabilidades éticas, mas que, ao contrário, somente emprestavam seu nome e seu registro profissional, camuflando as barbáries cometidas. Se as situações de saúde são assim tratadas, as questões de garantia de direitos (pela qual perpassa, também, a política de saúde) sequer conseguiam chegar efetivamente nos dispositivos da rede de Assistência Social.

Dentre as práticas de violação de direitos foram ainda identificados quartos de isolamento, cerceamento do direito de ir e vir, apreensão de todos os recursos financeiros do morador, negligência com as comorbidades clínicas, uso excessivo de medicação psicotrópica, situações de violência física, sexual e psicológica, etc. E, paradoxalmente, verificaram-se decisões judiciais de institucionalização, que chegavam aos profissionais do Sistema Único de Assistência Social e Sistema Único de Saúde, nos CRAS (Centros de Referência da Assistência Social), CREAS (Centros Especializados de Referência da Assistência Social) e CAPS (Centros de Atenção Psicossocial), os quais, não raras vezes, encaminhavam os usuários para estas instituições clandestinas, a fim de dar conta da tarefa imposta, sob pena de desacato a autoridade judicial, não havendo, muitas vezes, um canal aberto para diálogo com os magistrados a respeito da matéria.

Além disso, uma grande demanda reprimida por atendimentos clínicos foi constatada, a partir dos prontuários e da observação e escuta dos

moradores. Frente a isso e considerando que o acesso destes à atenção básica era urgente e impossível de operacionalizar, em um curto espaço de tempo, nos horários normais de funcionamento das unidades, em dezembro do mesmo ano, realizou-se um mutirão de atendimentos clínicos, em quatro unidades de saúde do município, tendo sido atendidas 54 pessoas institucionalizadas. Neste, realizou-se acolhimento com classificação de risco, atendimentos médicos e de enfermagem, aconselhamento e testes rápidos de HIV, Sífilis e Hepatites Virais, HGT, bem como coleta de CP nas mulheres.

O Censo dos 86 moradores provenientes de Cachoeira do Sul demonstrou a necessidade de implantação imediata de três Serviços Residenciais Terapêuticos no município para acolhimento das pessoas portadoras de transtornos mentais cujos Projetos Terapêuticos consideraram a realidade de vínculos familiares rompidos e baixa autonomia. Identificou-se também, através do Censo, a necessidade de implantação no município de Cachoeira do Sul de Residências Inclusivas para pessoas com deficiência – equipamento financiado pela política de desenvolvimento social.

O Trabalho em Rede: Saúde, Assistência Social e Justiça em defesa da vida.

A mudança da condição de dependência institucional e de privação de direitos que leva à cronificação supõe, antes de tudo, o retorno do sujeito a uma situação de socialização e de garantia de direitos de cidadão, passando de uma relação de controle e opressão para uma relação de contratualidade. Para produzir um cuidado em saúde mental promovendo contratualidade, a adoção do conceito de território (Manual CAPS, MS/2004; Caracas: 15 anos depois, MS, 2005), em oposição à lógica da institucionalização e do confinamento, é fundamental, ao convocar à elaboração de estratégias de cuidado em liberdade a partir das possibilidades de cada usuário.

O território deve ser entendido não só como o local geográfico de nascimento e de história de vida do usuário, mas como aquele lugar

onde estão as suas referências afetivas, familiares e sociais, produtoras dos sentidos no qual cada usuário se reconhece e a partir dos quais pode encontrar modos singulares de andar a vida. Nesse sentido, tanto do ponto de vista da Saúde e Assistência social, quanto da perspectiva da Justiça, adotar o conceito de território implica tomar o exercício da cidadania como intrínseco à promoção de direitos e à produção de saúde. Desinstitucionalizar significa então criar oportunidades de pertencimento a processos coletivos de contratualidade, onde se é respeitado nas diferenças, limites, possibilidades, interesses e habilidades singulares. Promover a contratualidade consiste na mediação das relações para a criação de novos campos de negociação e de diálogo que propiciem a participação dos usuários em igualdade de oportunidades, a ampliação da autonomia e das suas redes sociais e afetivas (Brasil, 2012).

Para que os gestores e trabalhadores do SUS e do SUAS possam enfrentar o desafio da desinstitucionalização, a tomada de responsabilidade pelo território é uma diretriz ética e uma determinação constitucional. É no território que se implantam os pontos de atenção responsáveis pelo cuidado de cada usuário, organizados em rede de atenção à saúde e em linha de cuidado. Segundo a diretriz da tomada de responsabilidade pelo território, os pontos de atenção da rede de uma determinada área geográfica devem responsabilizar-se pelo compartilhamento do cuidado dos seus usuários, tanto individualmente como coletivamente. Os gestores, por sua vez, devem promover a coordenação das redes, tendo em vista que o cuidado territorial é de responsabilidade dos municípios e o apoio técnico e financeiro às gestões municipais é de responsabilidade dos Estados e da União.

A Secretaria Estadual da Saúde através da Política de Saúde Mental, Álcool e Outras Drogas e considerando a responsabilidade sanitária que compartilha com os municípios internantes, criou incentivos financeiros específicos para os municípios procederem à ampliação e qualificação de sua Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) para fortalecimento dos processos de desinstitucionalização no RS. Há cofinanciamento estadual para Centros

de Atenção Psicossocial (CAPS) – Resoluções CIB 401/2011 e 242/2013; Núcleos de Apoio à Atenção Básica (NAAB, equipes de saúde mental que apoiam os profissionais da AB para o cuidado das pessoas em sofrimento psíquico) – Resolução CIB 403/2011; Oficinas Terapêuticas na Atenção Básica (OT) – Resolução CIB 404/2011; leitos de atenção integral em saúde mental em hospitais gerais – Resolução CIB 562/2013; Unidades de Acolhimento (UA, que funcionam como moradia transitória para pessoas em situação de vulnerabilidade social em uso abusivo de drogas) – Resolução CIB 242/2013; Serviços Residenciais Terapêuticos (SRT, que devem acolher, em regime de moradia, portadores de transtornos mentais egressos de institucionalização) – Resolução CIB 242/2013; e para contratação de Acompanhantes Terapêuticos (AT) na Atenção Básica, para mediar a relação do usuário com seus familiares e promover a inserção social de pessoas em processo de desinstitucionalização – Resolução CIB 233/2014.

A implantação de um conjunto de serviços com funções diversas e complementares, em substituição às instituições totais, ainda que seja de crucial importância, não garante a qualidade da atenção e a mudança de modelo, historicamente centrado na doença e produtor de segregação. Tycanori, coordenador geral de saúde mental álcool e outras drogas do Ministério da Saúde entre 2011 e 2015, em entrevista dada em 2015 ao *Jornal do Comércio*, coloca que para ser de qualidade a atenção precisa “ser capaz de singularizar uma proposta de melhoria de vida, em médio e longo prazo, para cada um dos usuários”. Singularizar o cuidado implica o agir em rede.

A concepção de trabalho em rede é uma mudança de cultura, na verdade. O trabalho em rede é uma modificação na atitude dos trabalhadores e dos gestores, que devem organizar-se de forma a operar sincronicamente, com finalidades em comum. Não existe rede estática. A rede se organiza conforme determinados momentos e objetivos. Atingido aquele objetivo, a rede se desfaz, porque ela só existe quando tem pessoas em sincronia. A nossa ideia é que esse modo de trabalhar, sinérgico, torne-se mais frequente e intuitivo. (...) Essa mobilização

sincrônica permite, em tese, criarmos condições de obter resultados que, sozinhos, não conseguimos. Essa é a grande vantagem de pensar em rede (Entrevista ao Jornal do Comércio, Porto Alegre – RS, 2015).

Deste modo, paralelamente, ações com os municípios de proveniência dos moradores, que já aconteciam desde a implementação da linha de cuidado em saúde mental nas regiões de saúde em 2012, foram intensificadas. Uma das estratégias adotadas foi realizar reuniões com os gestores dos municípios de proveniência dos moradores para pactuação, execução e acompanhamento dos planos de desinstitucionalização de seus municípios. Nestas reuniões, o Estado apresentava as alternativas (financiamento e apoio técnico) para ampliação e qualificação da rede pública de saúde e assistência social dos municípios de forma que pudessem viabilizar estruturas para acolher as pessoas em desinstitucionalização e oferecer o acompanhamento de saúde e social adequado.

À medida que as visitas técnicas aos municípios foram sendo realizadas e as equipes de saúde e assistência foram sendo acionadas, percebeu-se a posição reticente dos municípios de proveniência em assumir os processos de desinstitucionalização de seus municípios. A fragilidade das equipes dos serviços também nos chamava atenção, seja pela falta de profissionais, seja pela sobrecarga de trabalho, seja pela falta de condições estruturais como acesso a transporte para realizar as visitas domiciliares e as visitas às instituições em Cachoeira do Sul. Percebeu-se também a necessidade de abrir espaços de educação permanente para os profissionais do SUS e SUAS, em conjunto, principalmente no sentido de que os trabalhadores pudessem se apropriar dos processos de desinstitucionalização no trabalho em rede, construindo a sinergia referida por Tycanori.

Na esteira dos movimentos intersetorialidade entre a gestão da Saúde, da Assistência Social e Justiça, documentos técnicos orientadores foram construídos, também de forma articulada, à medida da necessidade que se apresentava no trabalho com os municípios. Cotidianamente, no contato com as gestões municipais, a proposta da desinstitucionalização,

ao mesmo tempo em que gerava resistências de toda ordem, ia produzindo efeitos de articulação e de costura de redes nos municípios.

Obstáculos, discontinuidades e perseveranças das Políticas de Estado

A partir dos resultados do processo do Censo, o Ministério Público abriu espaço de diálogo com o legislativo de Cachoeira do Sul, consensualizando a votação de novo Projeto de Lei do Executivo Municipal que autorizou a contratação emergencial de equipe para implantação de dois Serviços Residenciais Terapêuticos (SRT) no município. Tal Projeto foi aprovado pela Câmara de Vereadores, por unanimidade, em 22 de dezembro de 2014, de modo que dois SRTs estão atualmente implantados, podendo acolher, caso necessário, um total de 20 usuários egressos das casas asilares.

Em 2015, as equipes de saúde e assistência dos municípios de proveniência continuaram realizando as visitas e a aplicação do Censo, mas a Força-Tarefa constituída em 2014 foi desmontada com a mudança da gestão estadual. No decorrer do ano de 2015, diante da falta de respostas concretas do governo estadual, o Ministério Público de Cachoeira do Sul decidiu visitar todas as casas, contando com dois profissionais das regionais da Saúde e da Assistência Social do Estado e com profissionais do Município para reavaliar, de modo geral, a situação das instituições e atualizar o registro do público institucionalizado.

Com base no levantamento obtido nestas visitas, teve-se a informação de que seiscentas e oitenta e quatro (684) pessoas encontram-se acolhidas em instituições irregulares em Cachoeira do Sul, em vinte e duas (22) instituições. Dessas, aproximadamente quatrocentas e quatro (404) eram municípios de Cachoeira do Sul e o restante, originários de cinquenta e quatro (54) municípios. Uma das ações do Ministério Público que se seguiu ao levantamento foi identificar, grosso modo, as

demandas de serviços necessários para atendimento dessa população, ou seja, quantas Instituições de Longa Permanência para Idosos, Residências Terapêuticas e Residências Inclusivas seriam necessários para acolher aqueles não possuem possibilidade de retorno à moradia da família ou própria. Este levantamento, embora não tenha incorporado a metodologia do censo Clínico Psicossocial, buscou produzir dados atualizados para destravar os processos de desinstitucionalização a partir dos municípios de proveniência. De posse de tais dados as Coordenadorias Regionais de Saúde, as Assessorias Técnicas da Assistência Social e o Ministério Público Estadual de Cachoeira do Sul continuaram contatando as gestões municipais e os promotores das comarcas correspondentes, com vistas a desencadear e processos de trabalho para a inclusão social e familiar das pessoas institucionalizados.

Com a finalização do contrato das Assessoras Técnicas da Assistência Social, em fevereiro de 2016, esse processo de apoio aos municípios se enfraqueceu significativamente. Em que pese a desconstrução, em âmbito estadual, da gestão intersetorial deste processo, a qual se produziu, primeiramente, no campo da Saúde e, em seguida, na Política de Assistência Social, há ainda municípios buscando concretizar o retorno dos munícipes. Em contrapartida, há municípios que seguem sem dar resposta às demandas do Ministério Público, no sentido de acolherem seus munícipes em seus territórios. Contudo, o trabalho segue em tratativas.

Embora a não alocação de recursos estaduais para ampliação da Rede SUAS continue sendo um dos grandes obstáculos para a efetivação da Política Estadual de Assistência Social, um dos legados do trabalho das Assessorias Técnicas da Assistência Social foi a inclusão da pauta da desinstitucionalização das ILPIs irregulares em um dos eixos prioritários de ação da Secretaria de Estado do Trabalho e do Desenvolvimento Social no ano de 2016. Com esta definição, a Política de Assistência Social se reafirmou como garantidora de direitos, especialmente, às pessoas em situação de vulnerabilidade e risco pessoal e/ou social e pode continuar

avançando no sentido de trabalhar junto aos profissionais do SUAS nos municípios para o atendimento integral com o objetivo de concretizar o direito à vida digna para os cidadãos.

Considerações finais

Os processos de desinstitucionalização ainda em andamento em diversas regiões do RS, com destaque para a atuação intersetorial que permanece bastante articulada nas regiões de saúde correspondentes a 8ª e 13ª coordenadorias regionais de saúde, configuram espaços intersetoriais geradores de afetações e desacomodação. Entre profissionais da Saúde, da Assistência Social e do Direito, compartilham-se, no contorno de reuniões de rede e de assessoramento técnico, histórias de gentes que, por acaso ou por decreto, foram parar no asilo. Também as histórias daqueles, cujas famílias ou serviços de referência ensaiam institucionalizações, forçando os limites da lei e dos recursos ético-técnico-políticos das equipes e trabalhadores.

A configuração destes espaços de construção em rede se dá em torno de um não saber operativo, que convoca à leitura de restos, fragmentos, detalhes. Rastros do vivido que se (re)compõem para (re)construir histórias de vida singulares e um concomitante refundar a *polis*. *Polis* carrega aqui, simultaneamente, dois sentidos. Em referência à esfera pública do mundo antigo tematizada por Hannah Arendt ([1958] 2005), é o espaço em que os homens se encontram em igualdade nas suas diferenças e desdobram uma vida política, na qual o agir visa a produzir um mundo comum e inscrever uma existência para além da vida biológica. De outra parte, na perspectiva do conceito de território, caro à Reforma Psiquiátrica brasileira, como cenário em que se tece a vida coletiva, com seus habitantes, recursos, imaginário, relações, saberes e forças concretas (Brasil, 2005).

É esse contorno de trabalho público que pode e tem construído possibilidades de desinstitucionalização para que pessoas, consideradas incapazes para uma vida em sociedade e institucionalizadas em lugares

como os asilos em que se fez o Censo Clínico Psicossocial, se reencontrem com seus territórios. No compartilhamento de relatos de experiência da desinstitucionalização em rede, cada trabalhador traz a versão que foi possível colher dos acontecidos, nas vistorias em instituições, consultas a prontuários de saúde, encontros com as pessoas institucionalizadas, entrevistas de familiares, curadores, visitas a vizinhanças, comunidades. Escutas múltiplas que vão reconstituindo mosaicos de existências esquecidas pelo caminho.

Nestes processos, acionam-se equipes de saúde e assistência social dos municípios no intuito de mapear redes de relações anteriores ao asilamento. Nestas buscas, surgem muitas histórias que justificam o internamento, mas também aquelas que irrompem e interrogam as razões de ser do asilo. Pessoas significativas, laços de amizade, lugares de guarida, disponibilidades do acolher na cidade. Pistas invisibilizadas pelos discursos da impossibilidade, a deslizar das perguntas construídas pelo fazer coletivo, que não se interessam por etiologias, mas incidem sobre o “como”: como podem as diversas formas de vida caberem no território? Neste emaranhado de narrativas, se pinçam os fios do possível com os quais são tecidos planos singulares de desinstitucionalização que, ao se concretizarem, escancaram as fragilidades das certezas mais sólidas.

O imperativo ético, nestes espaços intersetoriais de rede, convoca a questionar a individualização da loucura, ao afirmar a existência como algo vivido na ação, na relação ao outro, no espaço público – como nos ensinou Hannah Arendt (2005). Será preciso, refere Rotelli (2001: 94), repetir o “óbvio, mas desconhecido para muitos: a instituição que colocamos em questão (...), não foi o manicômio, mas a loucura”. Desinstitucionalizar implica então “reconstruir as pessoas como atores sociais, para impedir-lhes o sufocamento sob o papel, o comportamento, a identidade estereotipada e introjetada” (Rotelli, 2001: 94). Nesta perspectiva, o cuidado é função da cidade, da *polis*, e não de uma instituição. São estas ousadias de tessitura do singular ao social, em que o cuidar passa a compor a esfera pública,

o que vivenciamos e sustentamos nas redes e enredos das experiências intersetoriais de desinstitucionalização, como gestores da Secretaria Estadual da Saúde entre 2011 e 2014.

Referências:

Arendt H. A Condição Humana. 10 ed. Rio de Janeiro: Forense; 2005.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. DAPE. Coordenação Geral de Saúde Mental. Reforma Psiquiátrica e Política de Saúde Mental no Brasil. Documento apresentado à Conferência Regional de Reforma dos Serviços de Saúde Mental: 15 anos depois de Caracas. OPAS. Brasília; 2005.

Rotteli F. A Instituição Inventada. In: Nicácio F (Org.) Desinstitucionalização. 2 ed. São Paulo: Hucitec; 2001.

A violência sexual no contexto das mulheres institucionalizadas: um relato de experiência da gestão estadual de saúde

Mariana Seabra Souza Pereira
Gisleine Lima da Silva
Helen Barbosa Santos

Introdução

Inserir a pauta da violência sexual no âmbito da gestão do SUS é uma tarefa desafiadora. Muitos são os entraves de concepção da temática e de sua relevância para a área da saúde. Portanto colocá-la na agenda da Secretaria Estadual de Saúde do Rio Grande do Sul significou um posicionamento político da gestão do governo Tarso Genro (2011 - 2014) ao fazer o enfrentamento não só na área da saúde como, de forma transversal, nas diversas pastas de governo.

A Organização Mundial de Saúde define violência como:

O uso intencional da força física ou do poder, real ou em ameaça contra si próprio, contra outra pessoa, ou contra um grupo ou uma comunidade, que resulte ou tenha possibilidade de resultar em lesão, morte, dano psicológico, deficiência de desenvolvimento ou privação de liberdade (OMS, 2002).

A Convenção Interamericana para Prevenir, Punir e Erradicar a Violência Contra a Mulher (OEA, 1994), conhecida como “Convenção de Belém do Pará”, define violência contra a mulher como: “...todo ato baseado no gênero, que cause morte, dano ou sofrimento físico, sexual ou psicológico à mulher, tanto na esfera pública como privada” (Brasil, 2011). O peso da questão de gênero faz com que as mulheres sejam as principais atingidas pela violência sexual, na medida em que a grande maioria dos crimes sexuais são praticados contra elas (Brasil, 2008).

A violência sexual é uma das manifestações da violência de gênero mais cruéis e persistentes, sendo os danos psicológicos, embora mais

difíceis de mensurar, os que produzem efeitos mais intensos, devastadores e às vezes irreparáveis. O impacto para saúde sexual e reprodutiva tem consequências de traumatismos físicos, sequelas de doenças sexualmente transmissíveis, da morbidade da infecção pelo HIV e da situação de gravidez decorrente do abuso sexual (Brasil, 2008).

A cada 2 segundos uma mulher é vítima de violência no Brasil, a cada 11 (onze minutos 1 mulher é estuprada e o aborto é 3ª causa de óbito no materno no Brasil (IMP, 2019). Na dimensão de uma pandemia, a violência sexual atinge mulheres, adolescentes e crianças, em todos os espaços sociais, sobretudo no doméstico; por outro, na forma de violência simbólica e moral, aterrorizando, em especial, o imaginário das mulheres, tanto produzindo vulnerabilidades quanto promovendo uma sensação de constante insegurança, contribuindo para a perpetuação de uma cultura violenta e patriarcal. (Brasil, 2011)

Outra forma de violação de direitos impetrada contra as mulheres é a violência institucional no contexto de serviços de institucionalização de pessoas, por vezes referendada como sítio de cuidado pela própria rede de serviços de saúde.

A violência institucional assume múltiplas formas, como: condições vis de atendimento oferecidas à população; um modelo de atendimento que despersonaliza, ignora e coisifica o usuário; um processo de trabalho que impõe doses consideráveis de sofrimento aos seus trabalhadores; uma demanda de atendimento que, pela gravidade das lesões, vai significar um desafio técnico; uma forma de interação entre profissionais e clientela, quando estes se tornam oponentes, algumas vezes chegando ao confronto corporal; reprodução de preconceitos e estigmas sociais que servirão, muitas vezes, de critérios seletivos para a qualidade da atenção dispensada; omissão de apoio às vítimas da violência que, sabidamente, estarão novamente à mercê das mesmas agressões (Desmandes, 2000: 1)

A banalização do sofrimento do outro remete à banalização da própria violência institucional, podendo tanto ser o resultado de estratégias de defesa individuais e coletivas, por parte dos profissionais, quanto reflexo

de um fenômeno de banalização da injustiça social que atinge toda a sociedade (Aguiar; D'Oliveira, 2011).

Enfrentamento a violência sexual

A Secretaria Estadual de Saúde, através da Coordenação Estadual da Saúde da Mulher, realizou ações de enfrentamento à violência de gênero, de modo intra e intersetorial, articulando ações com as diversas instâncias no campo da garantia dos direitos das mulheres, conforme prevê a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher, de 2004. Especialmente no período de 2011 a 2014 estas ações foram intensificadas a partir da criação da Secretaria Estadual de Políticas para as Mulheres no âmbito do Pacto Nacional de Enfrentamento à Violência Contra as Mulheres. Em 2015, sob nova gestão estadual, ocorre a extinção da referida Secretaria e as políticas desta área passaram a ser desenvolvidas pelo Departamento de Políticas para Mulheres (DPM), vinculado à Secretaria Estadual de Desenvolvimento Social, Trabalho, Justiça e Direitos Humanos, resultando num enxugamento de recursos humanos, financeiros e de ações voltadas ao enfrentamento à violência contra as mulheres.

Os acordos internacionais dos quais o Brasil é signatário – notadamente, a Conferência de Cairo (1994), a de Beijing (1995) e a Convenção de Belém do Pará (1994) – e pela legislação nacional vigente – a Constituição Federal, o Estatuto da Criança e do Adolescente, o Código Penal, a Lei Maria da Penha, entre outros, são garantias legais do dever do Estado em promover o direito a igualdade de gênero. Apesar do reconhecimento da Organização Mundial da Saúde e do Ministério da Saúde da violência sexual como uma grave violação aos direitos humanos e como questão de saúde pública, na prática, os desafios são imensuráveis, os dados de notificação e de registros policial são alarmantes, apesar de sub registrados, e a rede de atenção destas mulheres, muito fragilizada, insuficiente para dar proteção à saúde e a vida delas e suas famílias.

A Lei 10.778, de 24 de novembro de 2003, estabelece a notificação compulsória, no território nacional, dos casos de violência contra a mulher, atendidos em serviços de saúde públicos ou privados de saúde. O cumprimento da medida é fundamental para o dimensionamento do fenômeno da violência sexual e de consequências, contribuindo para a implantação de políticas públicas de intervenção e prevenção do problema. Essa lei foi regulamentada pelo Decreto-Lei nº 5.099 de 03/06/2004 e normatizada pela Secretaria de Vigilância em Saúde do Ministério da Saúde através da Portaria MS/GM nº 2.406 de 5 de novembro de 2004, que implantou a notificação compulsória de violência contra a mulher no âmbito do Sistema Único de Saúde. Em 2014, a violência sexual passou a ser de notificação imediata, devendo ser realizada em até 24h após o atendimento, tal medida visa garantir o acesso imediato às profilaxias e o cuidado integral em saúde.

As mulheres em situação de violência sexual devem ser acolhidas nos serviços de saúde, informadas sobre os procedimentos a serem realizados em cada etapa do atendimento e a importância de cada medida. Sua autonomia deve ser respeitada, acatando-se a eventual recusa de algum procedimento. Deve-se oferecer atendimento psicológico e social como estratégias de fortalecimento às mulheres, ajudando-as a enfrentar os conflitos e os problemas inerentes à situação vivida.

Em caso de gestação decorrida da violência sexual, as mulheres devem ser esclarecidas sobre seus direitos e alternativas, a saber: possibilidade de manterem a gestação até o seu término, garantindo-se os cuidados pré-natais apropriados para a situação. Nesse caso, também devem receber informações completas e precisas sobre as alternativas após o nascimento, que incluem a escolha entre permanecer com a criança e inseri-la na família, ou proceder com os mecanismos legais de doação. Outra possibilidade é o aborto legal que deve ser realizado até a 20ª semana gestacional, ou 22ª, se o feto pesar menos que 500g. A mulher que sofre violência sexual não tem o dever legal de notificar o fato à polícia,

deve-se orientá-la a tomar as providências policiais e judiciais cabíveis, mas caso ela não o faça, não lhe pode ser negado o abortamento.

O Código Penal afirma que a palavra da mulher que busca os serviços de saúde afirmando ter sofrido violência, deve ter credibilidade, ética e legalmente, devendo ser recebida como presunção de veracidade. O objetivo do serviço de saúde é garantir o exercício do direito à saúde, portanto não cabe ao profissional de saúde duvidar da palavra da vítima, o que agravaria ainda mais as consequências da violência sofrida.

As unidades de saúde e os hospitais de referência estão orientados a estabelecer fluxos internos de atendimento, definindo profissional responsável por cada etapa da atenção. Isso deve incluir a escuta qualificada, o registro da história, o exame clínico e ginecológico, os exames complementares, a dispensação das profilaxias e o acompanhamento psicológico. Os fluxos devem considerar condições especiais, como intervenções de emergência ou internação hospitalar de acordo com Decreto nº 7.958, de 13 de março de 2013, que estabelece diretrizes para o atendimento às vítimas de violência sexual pelos profissionais de segurança pública e da rede de atendimento do Sistema Único de Saúde, e com a Portaria nº 485, de 1º de abril de 2014 que Redefine o funcionamento do Serviço de Atenção às Pessoas em Situação de Violência Sexual no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS).

O fluxo sobre a “atenção a vítima de violência sexual” construído pela Coordenação Estadual de Saúde da Mulher norteia a rede de assistência e os municípios, que junto com o Centro Estadual de Vigilância em Saúde, através da Vigilância da Violência, promove ações em saúde de prevenção às violências e também de capacitação acerca da importância da notificação.

No ano de 2014, a SES esteve presente num caso marcador de articulação de redes para enfrentamento a violação de direitos humanos no âmbito de instituições de longa permanência em um município de Cachoeira do Sul. Este artigo propõe-se a discutir o atravessamento da violência sexual-institucional contra as mulheres no cenário destas

instituições e as ações de tentativa de reparação dos danos por parte do estado. Ainda em 2014, a Coordenação Estadual de Saúde da Mulher promoveu ações em saúde e rodas de conversa acerca da temática da saúde integral das mulheres, direitos sexuais e reprodutivos e violência contra mulher durante o mês de março, com a Tenda Rosa de Luxemburgo, alusiva ao dia internacional da Mulher.

Além disso, compôs a Rede Lilás que foi instituída para articular ações coordenadas junto às instituições de acesso à segurança, à saúde, à educação, à assistência social, ao mundo do trabalho e à justiça, visando atender as mulheres e meninas gaúchas em situação de violência.

Ao longo dos anos 2011 a 2014, a Coordenação Estadual de Saúde da Mulher, teve como eixo de atuação o enfrentamento à violência contra as mulheres, com enfoque na violência sexual, destaca-se as ações centrais: o apoio às Coordenadorias Regionais de Saúde para a implementação da linha de cuidado nos municípios do RS; o cadastramento de hospitais para atenção às pessoas em situação de violência sexual e interrupção de gravidez nos casos previstos em lei, metas do Plano Estadual de Saúde 2015-2019; elaboração do “Guia de Atendimento em Saúde às Pessoas em Situação de Violência Sexual”; e, o Seminário Estadual sobre Violência Sexual. Tais ações contribuíram para dar visibilidade ao fenômeno da violência de gênero no âmbito da gestão estadual, buscando ampliar o acesso, acolhimento, notificação e cuidado para as mulheres nos serviços de saúde.

Inserção da saúde da mulher no contexto de um caso marcador de violência sexual das mulheres institucionalizadas.

Nos últimos anos, o Ministério Público Estadual vem acompanhando a institucionalização de pessoas em serviços privados de longa permanência no município de Cachoeira do Sul. Tal intervenção foi motivada pelas suspeitas de graves violações de direitos humanos. Estas casas apresentavam condições inadequadas de moradia, tanto do ponto de

vista legal e estrutural, assim como do cuidado prestado aos residentes. Havia uma miscelânea de denominações, sendo que estas não estavam adequadas a nenhuma normatização específica vigente, a saber: alguns serviços se apresentavam como residenciais terapêuticos (PT GM/MS n.3090 de 23 de dezembro de 2011 e PT GM/MS n.106/2000, que institui no âmbito do SUS os serviços residenciais terapêuticos para pacientes egressos de internações de longa permanência em hospitais psiquiátricos e hospitais de custódia). Outras se apresentavam como casas de repouso para idosos (PT n.810/ 1989 – Normas e Padrões de Funcionamento de Casas de Repouso, Clínicas Geriátricas e Outras Instituições para Idosos).

Mensurava-se aproximadamente 22 instituições, tendo cerca de 635 residentes. A sustentabilidade econômica destas casas advinha dos próprios moradores que majoritariamente recebiam benefícios socioassistenciais (Benefício de Prestação Continuada – BPC, Programa de Volta Pra Casa – PVC e Aposentadorias), e havia casos em que a família assumia o custeio. O público domiciliado nestas instituições era o mais variado: idosos/as, pessoas com transtorno mental, egressos do Instituto Psiquiátrico Forense, pessoas com histórico de uso abusivo de álcool e outras drogas, violência doméstica e familiar, assim como outros grupos com quadros clínicos diversificados e de caráter crônico (acidente vascular cerebral, pessoas com sequelas decorrentes de acidentes etc.) e por último outros residentes sem nenhuma patologia. Entre esta população havia um número expressivo de mulheres.

Considerando a complexidade da intervenção, foi construída em âmbito estadual uma proposta de trabalho de caráter intersetorial, composta pelas Secretarias Estadual de Saúde (SES), Trabalho e Assistência Social (STDS) e Justiça e Direitos Humanos (SJDH), além do Ministério Público e dos municípios implicados. O objetivo foi promover, organizar e executar o processo de desinstitucionalização dos residentes, especialmente nas casas com maior agravo do ponto de vista do cuidado. Foram realizadas vistorias técnicas às casas, algumas assinaram um termo de ajuste de conduta (TAC) para adequação sanitária e legal, outras havia previsão de interdição.

Em relação à saúde foi constituído um grupo de trabalho no âmbito do Departamento de Ações em Saúde, envolvendo as políticas afins. A Coordenação Estadual da Saúde da Mulher foi solicitada a compor o grupo devido aos achados de relatos das moradoras das casas que envolviam a temática da violência sexual. A constatação ocorreu a partir do censo clínico e psicossocial realizado em duas instituições, o propósito do censo foi conhecer a situação de saúde e de vida dos/as moradores/as, suas relações interpessoais e familiares, a fim de construir um projeto terapêutico singular.

Através dos relatos foram identificadas mulheres que tiveram histórico de violência doméstica e familiar anterior à institucionalização, bem como após o ingresso nestas casas, marcando a continuidade da violência, perpetrada tanto pelos trabalhadores, quanto pelos próprios moradores. As mulheres verbalizaram que sofreram violência física, psicológica, patrimonial, financeira e sexual nas instituições. Inclusive houve relato da prática de estupro individual e coletivo, uma mulher com dois ou três homens colocadas num quarto, incitando, assim a ocorrência do estupro. Em alguns momentos obrigadas a ficarem nuas para serem fotografadas.

A SES em parceria com a CRS e município tiveram a iniciativa de realizar um mutirão para atendimento clínico nas unidades básicas de saúde do município, pois havia demandas reprimidas e urgentes de saúde, constatada a partir dos prontuários, da observação e escuta dos moradores. Conforme os dados preliminares, foram atendidas 54 pessoas. Nestes atendimentos médicos e de enfermagem, realizou-se acolhimento com classificação de risco, aconselhamento e teste rápido de HIV, Sífilis e Hepatites Virais, HGT, bem como coleta de citopatológico nas mulheres. Verificaram-se necessidades de encaminhamento para especialistas em várias situações e foram notificados relatos de violência sexual e física, os resultados do mutirão possibilitaram o diagnóstico da situação de saúde dos residentes destas moradias e um cuidado individualizado. É necessário ressaltar que foi construído um roteiro de avaliação clínica aplicado no

mutirão, no qual foi incluído um protocolo adaptado do Ministério da Saúde sobre investigação da violência sexual e com este verificou-se um desconforto dos profissionais de saúde em abordar este tema com os/as usuários/as e principalmente em notificar.

A ocorrência da prática do estupro nestas instituições se constituiu como um desafio também para o sistema de justiça, considerando o grande número de casos relatados pelas moradoras, a fragilidade da rede de proteção à mulher, principalmente a ausência de Centro de Referência e de Casas-Abrigo para acolher mulheres em situação de violência. Além disto, geralmente estas mulheres são curateladas em decorrência de algum transtorno mental. Outro fator é o silenciamento por parte da sociedade em denunciar e testemunhar este tipo de violência a fim de responsabilização do agressor.

Considerações finais

A violência sexual é também um problema de saúde pública que deve ser trabalhado de forma transversal e intersetorial, objetivando a humanização da atenção e integralidade do cuidado. Pela complexidade que o tema exige os profissionais de saúde precisam de educação permanente, a fim de estarem sensibilizados e qualificados para identificar sinais e sintomas destas violências.

Evidenciou-se que a desigualdade de gênero é intensificada no contexto de institucionalização destas mulheres, são abusadas sexualmente por serem mulheres, buscaram estes serviços para a proteção pessoal e/ou social e continuaram a serem violentadas. O Estado em seu papel contraditório acaba por contribuir na manutenção deste cenário, pois quando esta violência é sofrida em uma instituição de saúde presente na rede de serviços, o quadro se agrava na compreensão do papel do Estado.

Assim, a gestão presente no período de 2011 a 2014 tomou a decisão técnica e política de enfrentar um grave cenário de violação de direitos humanos, assumiu de forma intersetorial, juntamente com os municípios,

o enfrentamento desta questão social. O projeto de desinstitucionalização de homens e mulheres destas casas é uma ação histórica e desafiadora, está em processualidade, com tempo indeterminado para conclusão. A gestão estadual, 2011-2014, concluiu seu mandato e ações como essa, de fortalecimento da agenda dos direitos humanos e enfrentamento à violência contra a mulher, articuladas com a saúde, foram ficando rarefeitas. Atualmente diversos projetos de lei circulam na Câmara de Deputados e Senado no intuito de retirar os direitos das mulheres já conquistados, como é o caso do PL 7.443/2006, de autoria do ex-deputado Eduardo Cunha (MDB-RJ), que propõe tornar a prática do aborto crime hediondo, PL 478/2007, conhecido como o Estatuto do Nasciturno e a Proposta de Emenda à Constituição nº29/2015, que altera a redação do artigo 5º de “todos são iguais perante a lei” e inclui “desde a concepção”. Vale mencionar como ação nevrálgica do desmonte da agenda das políticas para mulheres a extinção da Secretaria Nacional de Políticas para Mulheres e da Secretaria para Mulheres do Governo do Rio Grande do Sul. Esses projetos e agendas validam a criminalizam a vida de muitas mulheres, como é o caso das mulheres encontradas nessa ação, em situação de extrema vulnerabilidade e que mesmo com seus direitos estando no papel, foram violados. Esperamos que com este relato sigamos na construção de um projeto de Sistema Único de Saúde, baseado no modelo de saúde que atente seu olhar para o sistema e seus usuários de forma plural e singular ao mesmo tempo, respaldado nos princípios da reforma sanitária e psiquiátrica, dos direitos humanos conquistados e, de forma republicana, para que ações como a mencionada se tornem políticas do povo, não apenas de um governo.

Referências:

- Aguiar JM, D'Oliveira AFL. Violência institucional em maternidades públicas sob a ótica das usuárias. *Interface - Comunic., Saude, Educ.* jan/mar 2011; 15(36):79-91.
- Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Área Técnica de Saúde da Mulher. Magnitude do Aborto no Brasil. Aspectos Epidemiológicos e Sócio-Culturais. Abortamento Previsto em lei em

situações de violência sexual. Brasília; 2008.

- Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise de Situação em Saúde. VIVA: instrutivo de notificação de violência doméstica, sexual e outras violências/ Guidelines of notification of domestic, sexual and others kinds of violence. Brasília; 2011.
- Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Prevenção e tratamento dos agravos resultantes da violência sexual contra mulheres e adolescentes: norma técnica / Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Brasília; 2012.
- Deslandes SF. Violência no cotidiano dos serviços de emergência hospitalar: representações, práticas, interações e desafios. Rio de Janeiro: Escola Nacional de Saúde Pública: Fundação Oswaldo Cruz; 2000.
- Organização Mundial da Saúde. Informe mundial sobre a violência e a saúde. Washington, DC: OMS; 2002.



A implementação da estratégia da gestão autônoma da medicação (GAM) na política de saúde mental: um relato da experiência no Rio Grande do Sul

Marília Silveira
Károl Veiga Cabral

Uma história de militância entre a gestão e a universidade

A política de saúde mental álcool e outras drogas, respeitando as diretrizes do SUS e da reforma psiquiátrica, trabalhou na lógica do cuidado em liberdade, usuário centrado e de base comunitária, perseguindo em todas as suas ações formulações que nos levassem a consolidar estas premissas. A decisão de tomar a Gestão Autônoma da Medicação (GAM) como dispositivo de transformação do modelo de atenção por parte da gestão da Secretaria Estadual de Saúde, por coerência com o o projeto político da reforma, visava implementar a GAM como estratégia na linha de cuidado em saúde mental, em uma parceria com a Universidade Federal do Rio Grande do Sul, na figura da professora e pesquisadora Analice Palombini, responsável pela adaptação da ferramenta na região sul, juntamente com seu grupo de pesquisa.

As primeiras reuniões convocadas pela diretora do departamento de ações em Saúde e o grupo de pesquisa da universidade foram de reconhecimento da ferramenta, de entender sua função no processo de trabalho junto a rede de serviços, mas principalmente de perceber o potencial que a mesma oferecia à participação e construção da autonomia dos usuários e das próprias equipes. Como bem definiria Marília, nossa apoiadora para esta ação, GAMamos. E o encantamento inicial com as múltiplas possibilidades que a ferramenta oferecia e com a coerência da mesma com o projeto de cuidado que desenhávamos coletivamente fizeram com que o trabalho fosse acelerado, mas efetivamente desejado na equipe de gestão.

Sandra Fagundes, nossa diretora, captou o sentido do guia GAM, no que ele tem de mais revolucionário e que o torna tão coerente com a perspectiva do SUS, ainda que seja um produto gerado inicialmente no Canadá, a saber: o fato dele produzir autonomia aos usuários, garantindo assim uma de nossas principais lutas na reforma psiquiátrica brasileira que é a cidadania! Fomos todas tomadas por esta perspectiva e mergulhamos na proposta de dimensionar a implementação do guia GAM para todo o estado do RS.

Cabe ressaltar que quando tivemos oportunidade de tomar contato com a ferramenta na gestão, um grupo multicêntrico de pesquisa da Associação Internacional de Pesquisa Universidade e Comunidade (ARUCI) Saúde Mental e Cidadania, com apoio do Canadá e através de quatro universidades brasileiras: UNICAMP, UFRJ, UFF e UFRGS, juntamente com usuários de CAPS de Campinas, Rio de Janeiro e Novo Hamburgo, já vinha trabalhando para adaptação da ferramenta para a língua portuguesa, desenvolvendo um trabalho conjunto para validar este instrumento para uso em nosso território. Com a chegada desta temática na gestão estadual e a oportunidade de termos uma direção favorável e comprometida conseguimos operacionalizar a impressão de guias GAM para todo o serviço que assim desejasse. Ainda que o trabalho seja sempre coletivo, não teríamos chegado ao modelo impresso da GAM sem a inteligência aguçada, a paciência histórica e os conhecimentos de informática de Rafael Gil, membro da equipe da saúde mental que formatou o guia GAM. Porém não se tratava apenas de produzir o guia, era preciso implementá-lo, fazer chegar nas equipes dos 497 municípios esta proposta. Para tanto era preciso uma estratégia de capilarização da GAM para o estado.

O grupo responsável pela política de saúde mental foi encarregado de pensar como se daria estas ações: produzir o material impresso e pensar o processo de educação permanente, em conjunto com as CRS, para todas as equipes dispostas a conhecer a GAM. Saímos da reunião empolgadas, mas cientes do tamanho do desafio. Precisávamos também de apoio para ir construindo esta proposta e nos aproximando da ferramenta. Foi desta

forma que recebemos a Marília para nos ajudar a pensar, a construir saberes para tal implementação. Assim se formou o primeiro grupo dentro da gestão responsável em pensar este processo. Nós precisávamos contar para Marília e para a Universidade como trabalhávamos de forma georeferenciada, qual o formato de divisão das áreas da saúde no estado e como construir a imersão em território através das macros, juntamente com os apoiadores de cada região. Por outro lado, Marília e a universidade nos ensinavam da GAM, nos contavam de como havia sido no Canadá, em outros países e da experiência que estavam vivendo em Novo Hamburgo, primeira cidade gaúcha a receber o GAM e construir e validar a adaptação do instrumento ao nosso território nacional.

Ao sentarmos para estas trocas nos demos conta de que os profissionais da gestão tinham um saber necessário a implementação da GAM, assim como as profissionais das universidades possuíam também um saber fundamental a implementação. Que estes saberes compartilhados poderiam tecer uma boa rede de sustentação para chegar nos territórios gaúchos. Nos surpreendemos positivamente com a profusão de conceitos que partilhávamos: experiência, encontro, empoderamento, autonomia, cogestão, etc. A GAM era uma real possibilidade de restaurar narrativas perdidas, esquecidas ou até desprezadas, não só de usuários, mas também de trabalhadores das coordenadorias e dos serviços. Tratava-se de expandir a mandala da GAM e fazer ela chegar em outros grupos. E uma vez que fôssemos expandindo o grupo, dialogando com as distintas coordenadorias e com as diferentes equipes de cada região, estes saberes ganhariam novos contornos, como numa mandala que vai sendo concebida e desenhada a muitas mãos, com muitos coloridos, dando conta das necessidades locoregionais. Mandala que permite o empoderamento de todos que se dispõem a trabalhar nela, mandala aliás que é a imagem da organização da gestão da saúde do DAS.

Assim como nos ensinam Martínez (2008) e Menéndez (2005) saberes ditos doutos e saberes profanos se misturando para constituir o

desenho. Numa aposta de construção que é necessariamente horizontal, pois cada saber tem valor neste processo. Nenhum vale mais do que o outro. Aliás a riqueza do processo nasce justamente de todos estes saberes diferentes que se compõem na grupalidade. Conceito este essencial para a GAM e amplamente respaldado em diferentes ações junto ao SUS em nosso país. Também Ceccim (2004) nos ajuda a compreender a GAM, quando retomamos seu conceito de encontro, pois esta é a aposta da ferramenta. Ceccim nos aponta que sem encontro não existe possibilidade de se produzir saúde, no sentido defendido pelo SUS. É preciso um certo grau de empatia, de outrar-se como nos diz o autor, para poder produzir o encontro com o outro. Um encontro de contágio, de construção conjunta e de relações horizontalizadas, capazes de acolher a experiência de cada um produzindo pertencimento, produzindo movimento, produzindo vida.

E foi no embalo deste movimento que muitos forma tomando contato com a GAM e criando suas formas de implementação. Através de oficinas que foram concebidas em conjunto com as CRS a ferramenta foi deslizando pelo território gaúcho: na serra, no litoral, na região norte. Cada pessoa, trabalhador, usuário ou gestor que ia se deparando com ela ia também nos ensinando e compartilhando seus saberes conosco. Experiência transformadora para todos nós que nos dedicamos a construir coletivamente a implementação da GAM em território gaúcho.

A Gestão Autônoma da Medicação (GAM): #O QUE É? #PRA QUE SERVE?

A Gestão Autônoma da Medicação (GAM) tem a intenção de abrir espaço para falar da experiência com o uso de medicações psiquiátricas, das prescrições que recebemos e o que fazemos com elas. Considerar que o sujeito com quem eu converso é um *expert*, ou seja, um sujeito que conhece sobre si mesmo, acima de tudo. Afinal é no corpo dele que os sintomas de uma doença (ou seria uma forma de expressão da vida?) e os efeitos dos

medicamentos (e de outras tantas prescrições) aparecem. É ele quem pode nos dizer o que se passa. E talvez haja alguns momentos em que ele não possa nos dizer. Assim como há, com todos nós, momentos em que não conseguimos dizer. Em primeiro lugar a GAM é um espaço de encontro. Um encontro de pessoas que sabem. Mas que sabem coisas diferentes. Pode ser um encontro entre usuários e trabalhadores, entre familiares de usuários e trabalhadores, entre usuários. A GAM não teme as fronteiras e trabalha com elas. Um encontro entre saberes distintos, neste caso é um encontro entre alguém que sofre de alguma coisa e busca ajuda e alguém que tem uma formação acadêmica em alguma área que pode ajudar. A GAM não está preocupada em decidir qual seria a melhor formação profissional para conduzir um grupo. A GAM aposta no encontro seja ele qual for.

Apostar no encontro é apostar que conhecimentos distintos podem conversar. Esta não é uma aposta simples, pois parte do pressuposto que os conhecimentos estão aí no mesmo nível. Desse modo o saber acadêmico ou especializado não ficaria acima do conhecimento da experiência. Eles estariam juntos e dispostos a se misturar. A esse modo de fazer chamamos de LATERALIDADE. Ou seja, considerar que nós estamos lado a lado com o outro, comparecendo com a nossa diferença. O grupo de sujeitos ali reunido para se misturar necessariamente precisa ser diferente, isso, na realidade prática dos serviços de saúde, significa que se podem reunir usuários com diferentes diagnósticos e também profissionais com diferentes formações. É bem importante que não haja mais profissionais que usuários no grupo. E, ainda, quem conduz o grupo precisa operar com o conceito de LATERALIDADE, ao não considerar que seu saber vale mais que os outros, nem centrar em si mesmo as respostas para as perguntas trazidas pelo grupo. Quem conduz um grupo GAM é chamado de moderador e precisa agir tirando de si o saber da última resposta, e operar a devolução da pergunta ao grupo ou mesmo aguardar a movimento do grupo diante de uma discussão. O moderador da GAM tem a tarefa de fazer o grupo falar e cuidar muito para que suas falas não tenham um tom

de prescrição. Pois, descobrimos no caminho, não são apenas médico que prescrevem. Psicólogo, assistente social, enfermeiro, T.O., nutricionista, todos nós prescrevemos, só que alguns de nós não podemos prescrever medicamentos. Mas prescrevemos condutas, dietas, comportamentos... No grupo GAM o moderador precisa agir de forma a colocar o seu saber ao lado, oferecê-lo como uma possibilidade, entre outras tantas que o grupo pode trazer e criar.

Essa mistura ocorreria numa sala (ou na rua) em qualquer lugar (dentro ou fora de um serviço) e ela necessariamente demanda que sejam poucos os sujeitos que venham conversar. Em torno de 10 ou 15 pessoas e cerca de uma hora ou uma hora e meia de conversa. Essa necessidade de poucas pessoas é provocadora das conversas e é garantia de que todos possam falar, na medida em que se sentirem à vontade. Porque para além de dizer: sim eu recebi uma prescrição médica e não eu não estou cumprido como deveria, a GAM quer ser um espaço de conversa, de trocas de experiências. EXPERIÊNCIA é um conceito importante para a GAM. Às vezes quando começamos um grupo, e os grupos começam pela apresentação das pessoas, as pessoas se apresentam assim: eu sou Maria, tenho transtorno bipolar. Depois de dizer o nome do seu transtorno Maria não consegue dizer mais nada. Mas ao dizer o nome do seu transtorno Maria não nos diz nada sobre ela. Pode ser que Maria não entenda o que seja transtorno bipolar. Pode ser que Maria não concorde com esse diagnóstico. Pode ser que Maria não goste de tomar os medicamentos. Mas se nos fixarmos apenas no seu diagnóstico e entendermos que isso é tudo que ela poderia dizer, estaremos contribuindo para o silêncio de Maria. Nós só poderemos saber o que se passa e possivelmente ajudar Maria, se pudermos ouvi-la contar suas histórias. Não só as histórias da doença, mas da vida. A experiência na GAM se traduz pelas histórias que escutamos ali onde os saberes se dispõem a se misturar. Também a experiência do profissional entra no jogo, a sua pessoal (na medida em que se sente à vontade e percebe que seria interessante compartilhá-la) e a experiência

de trabalho, de outras situações em que ajudou a cuidar. Esse é o jogo da GAM: reunir um grupo heterogêneo para contar histórias. Mas não é só isso. A GAM tem uma ferramenta que é o Guia GAM, ele ajuda a conduzir a conversa, por alguns fios que são lançados em uma leitura compartilhada. Às vezes é o Guia que lança o fio, outras vezes são as histórias contadas que lançam outros fios que vão para além do que está escrito no Guia. E está bem que isso aconteça, pois sabemos que cada grupo GAM terá a sua característica, a sua marca, o seu jeito de funcionar. E é esta a ideia. A GAM não é um protocolo a ser seguida rigidamente, a GAM é maleável, disponível a intervenções.

O que vimos acontecer é que as experiências que os usuários conseguem trazer, as narrativas que conseguem organizar para a partilha, são uma ferramenta poderosa para movimentar outro conceito da GAM, o EMPODERAMENTO. Um sujeito capaz de contar a sua história tem o poder de narra-la e, portanto, de modificá-la também. Não é incomum que a partir do momento em que o usuário consegue construir uma narrativa sobre si mesmo, ele comece a se posicionar de forma diferente diante do seu tratamento. Essa mudança pode contribuir para que o usuário assuma uma posição de corresponsabilidade no seu tratamento. A isso chamamos de COGESTÃO. Cogestão é fazer junto com o outro, é no tratamento, considerar a voz do usuário que se queixa do efeito colateral de algum medicamento e que se possa decidir com ele com a melhor forma de solucionar essa e outras questões. Um exercício que auxilia o processo de fazer junto é experimentá-lo no próprio grupo GAM. Isso significa que todas as ações do grupo precisam ser combinadas com todos os integrantes, e essencialmente, precisam fazer sentido para os envolvidos. Pois sabemos que ao receber a prescrição de um medicamento que eu não sei para quê serve ou de participar de uma oficina com a qual eu não me identifico e não tem nenhum sentido pra mim, a chance de eu rechaçar a prescrição é grande. Do mesmo modo pode acontecer no grupo GAM, caso as combinações não sejam feitas em conjunto. A COGESTÃO é um

conceito que está nas bases do nosso Sistema Único de Saúde. Ainda é muito difícil para os usuários não demandarem uma solução milagrosa para a cura de seus problemas aos trabalhadores dos serviços, assim como também é difícil para os trabalhadores considerar a presença do usuário nas discussões do seu próprio caso. A GAM às vezes é o primeiro espaço naquele serviço no qual se pode operar a COGESTÃO. E ela é um exercício, que se aprende fazendo, errando, calando a boca do usuário em algum momento de tensão, voltando a conseguir conversar com ele logo depois. A GAM é feita de experimentação, de acertar e errar e olhar para isso, colocar isso como tema para o debate também. Produzir sentido, partilhar o sentido e a produção de sentido no grupo, para que se possa produzir sentidos fora do grupo também.

A produção de sentidos no grupo também depende da forma como se podem acolher as diferentes experiências das pessoas. Isso significa poder falar das coisas mais estranhas que me acontecem e me sentir à vontade para poder fala-la, sem ser imediatamente interpelado por uma interpretação que encerre os sentidos de minha estranheza. Num dos grupos GAM houve uma cena em que um usuário chega muito agitado no grupo, dizendo que quer contar algo que lhe aconteceu. O grupo vai se acomodando e fazendo lugar para que ele possa falar. E ele diz: “Outro dia eu sonhei que estava voando, montado num fio de cabelo de uma mulher”. Um instante de silêncio se faz e logo outra usuária se levanta e diz: “eu também costumo sonhar que estou voando”, e o usuário que contou o sonho diz: “viu, a gente é parecido”. Nessa cena o acolhimento não é feito pelo moderador, é feito por uma usuária que se identifica com a história do sonho. A esse momento em que uma experiência estranha ganha um contorno, um reconhecimento no outro, chamamos de CONTRAÇÃO DE GRUPALIDADE. Contrair grupalidade é isso, é como um movimento do músculo cardíaco, no contrair e dilatar do bombeamento sanguíneo, o momento em que alguém traz algo estranho e outro reconhece uma semelhança, nesse momento o grupo contraiu, acolheu a experiência e produziu pertencimento.

Esses exercícios de contar suas histórias, as coisas difíceis que acontecem, os medos funcionam como motor para mudança de lugar. Na medida em que vemos os usuários se apropriando de suas histórias, conseguindo identificar e dizer os efeitos dos medicamentos, avaliar o que lhe serve e o que não lhe serve, estamos produzindo AUTONOMIA. O conceito de autonomia é entendido na GAM como estar em rede, ao modo como conceitua Roberto Tykanori Kinoshita, de quanto mais relações eu for dependente mais autônomo eu me torno. Com esse conceito equivocamos o sentido corrente da palavra dependência como algo ruim e da ideia de autonomia como individualidade. O grupo GAM pode servir de espaço para reconhecimento dessas relações de dependência, das redes que cada um de nós possui e com a qual pode contar. Todos nós dependemos de muitas coisas para viver, com os usuários de saúde mental não é diferente. O que acontece é que diante de um diagnóstico e do início de um tratamento de saúde mental o usuário pode ter todas as suas relações cortadas, e fique dependente de um familiar, ou de um profissional no serviço, ou de um medicamento. O problema não reside em depender de algumas coisas para viver, mas depender de uma única, porque quando ela se esgota, junto esgota-se as nossas possibilidades. A GAM pretende fomentar a ampliação das redes a partir do compartilhamento das experiências.

A GAM na Política de Saúde Mental: mandala e linha de cuidado

O documento oficial da Política de Saúde Mental do RS diz o seguinte:

Cada região de saúde precisa garantir os fluxos assistenciais seguros e ágeis ao usuário, a fim de atender as suas necessidades de saúde, mediante a organização de linhas de cuidado. Articular os pontos da rede em linha de cuidado tem exatamente o objetivo de facilitar o acesso, assegurando a continuidade da atenção. Linha de Cuidado é a imagem pensada para expressar o itinerário que o usuário faz dentro de uma rede de saúde, incluindo segmentos de outras redes setoriais e territoriais, tais como as redes de assistência social, educação, comunitária ou mesmo a rede afetiva do usuário.

O objetivo da Linha de Cuidado é o de promover saúde a partir da realidade, contexto e situação singular, mediante a construção de um Projeto Terapêutico. Acolhimento, vínculo e responsabilização são estruturantes de uma linha de cuidado integral: o cuidado integral depende do ato acolhedor diante do problema trazido pelo usuário, da presença e disponibilidade do profissional ao vínculo a partir do que for possível para cada pessoa atendida e da responsabilização pelo acompanhamento contínuo ao longo do seu caminhar na rede.

Uma linha de cuidado é organizada a partir da necessidade dos usuários e não da oferta de serviços e implica três níveis de pactuação: entre gestores (município, região, serviços, Conselho Municipal de Saúde), com os trabalhadores dos diferentes pontos de atenção e com o usuário e seus familiares.

A proposta é que não haja um fluxograma que oriente qual serviço o usuário deve acessar primeiro, mas considerar que onde o usuário acessar é a porta de entrada e esse serviço precisa garantir o atendimento e os encaminhamentos para outros serviços, se necessário. Ou seja, ajudar o usuário a tecer a rede de cuidado que ele precisa, e que não sabemos qual é, antes que usuário chegue. Por isso a imagem da organização é a mandala, porque ela entrelaça as políticas sem hierarquiza-las. A mandala é a imagem da organização da gestão da saúde, mas ela é também o que esperamos que aconteça nos territórios. O nosso desafio como apoiadores nas regiões é, nada mais nada menos, que ajudar os serviços, os gestores, os trabalhadores e os usuários a colocar isso em prática. É um desenho e uma ideia utópica, mas é o horizonte em direção ao qual desejamos caminhar.

A GAM ganhou seu lugar, então, como uma ferramenta dentro da Linha de Cuidado para fomentar o trabalho da participação, da autonomia e da cidadania dos usuários. Uma das questões que se abriu na implantação da Linha de Cuidado era justamente a questão da participação dos usuários, pois essa proposição foi sendo feita nos municípios e nas regiões a partir de um cuidadoso trabalho de educação permanente, oferecido aos trabalhadores e gestores, mas que em poucos momentos incluía a presença dos usuários. Ainda que propusesse o cuidado a partir deles. Esse era um

tema a GAM nos ajudava a pautar nas reuniões de equipe, sustentando a presença dos usuários em vários espaços que a Saúde Mental propunha nas regiões. Talvez a maior expressão dessa relação com os usuários foi a realização do **I Encontro Estadual sobre Protagonismo e Autonomia de Usuários**, realizado em abril de 2013. Um evento concebido e realizado com usuários dos movimentos da saúde mental, da redução de danos e da população de rua. Além de serem grande parte do público presente, todas as mesas e oficinas contavam com usuários apresentando ou conduzindo as discussões. O evento organizado para 300 pessoas reuniu 500 pessoas e na primeira mesa do evento, Nilson silenciou a plateia inteira contando sua história, todos estavam ávidos por escutar cada detalhe. Esse evento marca também na equipe de Saúde Mental, tendo experimentado a potência desse encontro, novas preocupações e engajamentos para garantir a presença dos usuários em todos os eventos e em diversas ações.

A disseminação da GAM

Sendo, então, a GAM uma ferramenta da Linha de Cuidado, a disseminação foi feita por dentro do trabalho georreferenciado. Assim, diversas apresentações da GAM para as equipes de saúde em diferentes reuniões e eventos organizados pela Saúde Mental foram feitas em todo o estado do RS. A partir dessas apresentações e do interesse de cada região organizávamos encontros regionais para realização de novas oficinas e supervisões para o início dos grupos.

Era impossível ofertar a GAM sem construir uma conexão com os trabalhadores. Então era preciso sempre primeiro escutar, conhecer o que os trabalhadores viviam em cada região, como estava sendo pensado o cuidado para só então ofertar o Guia GAM e sua metodologia. Uma questão recorrente em quase todos os lugares e que fazia conexão com a GAM era a queixa dos trabalhadores sobre os usuários que “não aderem” ao tratamento medicamentoso, bem como do uso indiscriminado de

medicamentos psiquiátricos e ainda, usuários resistentes a diminuir a quantidade de medicamentos que tomam. Assim como uma prescrição medicamentosa precisa fazer sentido para aquele que a recebe, a estratégia GAM também precisava fazer sentido para esses trabalhadores. Ambos os sentidos não estavam prontos, era preciso construí-los a cada encontro, com cada história.

As oficinas: produzir engajamento pela palavra e pelo corpo

A partir desse primeiro momento de conhecer as realidades e escutar as experiências dos trabalhadores com relação ao tema da medicalização o Guia GAM era apresentado passo a passo. Essa apresentação era sempre “recheada” pelas experiências da pesquisa inicial, um grupo coordenado por usuários do CAPS de Novo Hamburgo e as experiências escutadas de todos os campos dos diferentes grupos de pesquisa. Isso ajudava a dar corpo àquela experiência. E ter uma experiência concreta de grupo coordenado por usuários para contar era um argumento importante para contestar aquelas crenças dos trabalhadores sobre as incapacidades dos usuários. Além da apresentação da ferramenta, a sua metodologia e os conceitos que a sustentavam também eram apresentados.

Escutar as demandas iniciais era estratégico para poder produzir uma conexão com os trabalhadores, mas não raro era preciso um cuidado para que a oficina não virasse um espaço de pura queixa. Era um trabalho delicado esse e algumas vezes as queixas e as impossibilidades ganhavam a cena e era difícil movimenta-las. Isso fez pensar em outras maneiras de realizar as oficinas. Em geral eram grupos grandes, entre 30 e 60 pessoas e não raro o espaço de trabalho era um auditório de cadeiras fixas e um palco com microfone. Esse conjunto de elementos em geral dificultava a abertura da conversa, a manifestação dos trabalhadores. Contar histórias e ofertar poesias era modos que ajudavam nesses momentos a afetar os trabalhadores para além de suas queixas. Focar nos detalhes, nas pequenas conquistas,

nas coisas “desimportantes” com diz o poeta Manoel de Barros ajudava a criar um laço e a abrir espaço para outras histórias. Outra ferramenta importante era sensibilizar os trabalhadores às questões dos usuários e desmanchar algumas ideias prontas. Por exemplo, iniciar a oficina com essas duas questões: Alguém aqui já recebeu uma prescrição medicamentosa? Alguém aqui já descumpriu uma prescrição medicamentosa? A ideia era poder relativizar o tema, porque todos nós, sendo diagnosticados ou não, já desconfiamos de uma prescrição, já tivemos dúvidas e preconceitos diante da postura de algum médico alguma vez durante a nossa vida. Isso não é nenhum privilégio exclusivo das pessoas que tem algum diagnóstico em saúde mental. Isso ajudava a nos aproximar dos detalhes, escutei de uma psicóloga chamada Aline que atendia crianças a seguinte história:

Uma mãe chegou no CAPS com a sua filha, ela queria que o médico prescrevesse Ritalina e o médico achou que outra medicação seria melhor para o caso dela. Indo para casa com a prescrição que não queria o que fez mãe? Não deu o medicamento prescrito para a criança. E voltou tempos depois ao CAPS e convenceu o médico de que a filha dela precisava de Ritalina. O médico prescreveu e então ela veio me dizer: agora vai funcionar! E eu perguntei por quê? E ela disse: porque Ritalina é a junção de Rita (ela, mãe) e Aline (eu, sua terapeuta de referência).

Essa história nos diz o que realmente faz um tratamento funcionar que nada mais é do que a conexão que criamos com ele. E essa história nos ajuda a entender que a dimensão de uma prescrição é muito mais complexa do que imaginamos. São infinitas as possibilidades e os elementos (humanos, não humanos, reais, imaginários...) que estão envolvidos num ato de prescrição, sem falar nos fortes preconceitos que rodeiam os medicamentos e os diagnósticos psiquiátricos.

Era preciso pensar um modo de relacionar esses mundos. O mundo do usuário, suas questões e seus modos de expressão com o mundo do trabalhador, seus conceitos, suas teorias e suas técnicas. E, de fato, não era possível fazê-lo em um único dia. Era preciso acompanhar o processo, em

retornos periódicos às regiões, numa espécie de supervisão do trabalho. Algo que demandava a expansão da GAM como uma temática para entrada no cotidiano das questões de cada região, sendo acompanhada pelos apoiadores regionais.

Era possível perceber que os trabalhadores conheciam de algum modo os conceitos com os quais trabalhamos na GAM, sabiam dizer o que queríamos escutar, mas quando falávamos das práticas os conceitos eram “corroídos” e era possível perceber muitas prescrições no cotidiano dos serviços. Não apenas prescrições médicas, mas nutricionais, de comportamento, de tratamento. Quase nenhuma das ações que compunham o tratamento dos usuários era discutida com os usuários, os maiores interessados.

Assim além das apresentações e conversas as oficinas ganharam um jogo que consistia em pequenos grupos que recebiam os conceitos da GAM (gestão, cogestão, autonomia, medicação, lateralidade, contração de grupalidade...) para trabalhar, ou na formulação de uma versão escrita do conceito feita pelo grupo, ou numa apresentação encenada na qual se pudesse ver o conceito em movimento. Esse jogo era precedido da conversa inicial e, às vezes, da apresentação “formal” da GAM. O que se repetiu incontáveis vezes foi que na cena apresentada (contada ou interpretada) o conceito em questão aparecia não funcionando. Se fosse autonomia era um caso de um usuário que era avaliado pela equipe como alguém sem condição de tomar decisões. Se o conceito era medicação a cena era de um usuário que se recusava a usá-la e a apresentava a dificuldade ou mesmo a impossibilidade da equipe de manejar isso. O desfecho das cenas em geral era com a imposição da vontade ou da avaliação do trabalhador sobre o usuário, ou a responsabilização do usuário para justificar a desassistência.

As histórias narradas no jogo eram a expressão daquilo que se evitava falar, que temos um Sistema Único de Saúde pautado por diretrizes éticas que não é cumprido no cotidiano dos serviços. O que aparecia em grande quantidade eram práticas prescritivas de cuidado, independente

da formação do profissional. Ainda que as oficinas fossem uma das ações (outras eram ofertadas também pela SES em outros temas) algo acontecia nesses encontros, que a maior parte dos trabalhadores dizia: “saio daqui mexido(a), pensando”, “não saio igual como cheguei”. O esforço de fazê-los pensar, sentir e conhecer outras possibilidades produzia um início de movimento. O efeito da GAM era produzido no pequeno, no detalhe, não era possível ganhar força imediatamente em grande escala.

Efeitos da GAM no cotidiano do cuidado

Duas histórias trazem a força desse trabalho e podem apontar os efeitos da GAM nos serviços. Uma delas acontece na primeira região que iniciou os grupos (Região dos Vales), numa pequena cidade com pouco mais de 11.000 habitantes. A cidade é praticamente uma rua, o restante dela é área rural. Lá num pequeno Posto de Saúde (Atenção Primária) uma psicóloga e uma farmacêutica decidem iniciar um grupo GAM com os usuários. Vamos conhecer essa história quando marcamos um encontro GAM na cidade e temos a surpresa de encontrar uma sala cheia de gente a fim de conversar. A psicóloga começa então a contar como havia sido o grupo, com cinco usuários que frequentavam assiduamente e vinham já na leitura do segundo passo do Guia cheios de histórias pra contar. Os usuários também presentes relatavam que aquele era um espaço diferente, no qual aprendiam coisas novas sobre os medicamentos. O que ajudava depois na conversa com o médico. Uma usuária conta que levou o “livrinho do GAM” para mostrar ao seu psiquiatra porque ela leu ali que o medicamento que ele havia prescrito interagira com outro de uso contínuo e ele não havia conversado com ela sobre isso. O fato de poderem discutir no grupo e terem o Guia para confrontar com o médico começava a produzir mudanças na relação dos usuários com as equipes. Outra usuária conta que teve um momento em que sentiu “aquelas coisas” de novo, “aquelas ideias de acabar com a minha vida”, explicou depois. Quando ela falou

dessas ideias para a psicóloga (ali presente) a primeira oferta de cuidado que recebeu foi a internação, até aquelas ideias irem embora. A usuária já havia internado outras vezes e além do posto de saúde, o outro serviço disponível era um hospital geral com leitos de saúde mental. Só que dessa vez ela resolveu argumentar com a psicóloga que não queria ficar internada, que todas as coisas que iam acontecer na internação (cuidado, aumento da dose do remédio...) podiam também ser feitos em casa e no posto e ela não queria ficar longe da família. Diante da negativa da usuária a psicóloga precisou pensar em outra alternativa de cuidado. As duas juntas resolveram a crise da seguinte forma: naquela semana a usuária iria para consultas individuais com a psicóloga em três dias alternados, a psicóloga também ofertou o número do seu telefone celular para o caso de a usuária precisar de alguma ajuda no final de semana, para que pudesse acioná-la. E assim, tendo construído juntas uma solução que contornava as ansiedades de ambas, puderam passar pela crise sem romper com o cotidiano da vida, sem cortar laços e sem aumentar a dose da medicação de forma drástica (que seria a primeira ação, caso ela internasse). Para ambas o grupo GAM era o disparador dessa possibilidade de pensar juntas outros modos de cuidado que antes não eram possíveis de pensar.

Nosso trabalho consistia em dois tempos: um tempo na seção de saúde mental, lotada no Centro Administrativo do estado, no centro de Porto Alegre. O outro tempo era em viagens aos municípios, quando alcançávamos “a ponta”: os trabalhadores e usuários dos serviços, às vezes também os gestores locais de saúde. Em geral os encontros eram com pessoas que não conhecíamos, mas algumas pessoas nos reencontravam pelo caminho, na segunda ou terceira visita aos municípios. E Anelise foi uma delas. Contar essa versão que crio agora de meus encontros com Anelise não é fácil. Anelise é mulher como eu, anos mais velha que eu. Anelise “pega pra cuidar”. Ela pode pegar uma causa, pode pegar pessoas também para cuidar. E cuida. Uso aqui a primeira pessoa para contar esse caso tentando sustentar a delicadeza e a surpresa desse encontro.

Portanto, as cenas que seguem carregam a presença de um eu, Marília, que participa da história.

O que trago aqui pela voz de Anelise reúne não apenas o meu encontro com ela, mas também a reverberação de outras tantas vozes que escutei ao longo do caminho de implantação da GAM. Talvez possa dizer que só escutei porque Anelise insistiu em me reencontrar tantas vezes. Talvez ela fosse uma voz como a intrusa voz de alguém que não está, mas fala. Anelise me fala de como cuidar. Ela insiste em me encontrar e me dizer.

Anelise estava sentada no meio do auditório, lotado. Era um fórum de trabalhadores de saúde mental. Eu apresentava a GAM pela primeira vez a um grande público. Quase quarenta minutos de um monólogo sobre a ferramenta, passo a passo e sua metodologia. Quando termino ainda existem insistentes que querem falar (talvez eu mesma tivesse desistido depois de tanto tempo!). Anelise é uma delas, ela se identificou com a GAM. Essa GAM que apresentei que fala sobre protagonismo, sobre autonomia, sobre direitos dos usuários. Essas palavras grandes e imponentes de significado duvidoso (vim a descobrir depois!). “Eu faço um trabalho parecido com a GAM lá com os meus pacientes. Eles tinham problemas, internavam muito porque não tomavam o remédio direitinho. Aí eu resolvi cuidar deles, botei todos num grupo e a gente conversa e eu ajudo eles a tomar o remédio, dou o remédio na boquinha deles na hora certa. Depois disso ninguém mais internou”. A coordenadora de saúde da região me olha apreensiva, é a primeira vez que eu estou naquela situação e percebo que preciso acolher o que escutei, mas não sei como. Eu digo algo como “que bacana que você faz um grupo, e eu entendo que às vezes em algumas situações é preciso um tanto de tutela no cuidado, mas o que estamos querendo colocar com a GAM é como ajudar essas pessoas que hoje precisam que tu dê o remédio na boca deles a quem sabe adiante eles mesmos possam tomar não é?”. E ela insiste: “Mas eu vou pegar o Guia Gam eu gostei dele, eu vi essas perguntas aqui eu vou fazer essas perguntas pra eles”.

Talvez os trabalhadores tenham percebido isso que era evidente: a minha dificuldade de lidar e construir junto com as práticas que não condiziam com a que eu estava ali propondo. O impasse número um era esse, sair de uma experiência de pesquisa (Onocko et. al., 2012) na qual

usuários, depois de cinco anos de trabalho coletivo conduziam grupos GAM, inventaram projetos e se tornaram pesquisadores. Uma experiência com usuários de saúde mental muito autônomos, numa autonomia que havíamos construído juntos no tempo de trabalho na pesquisa. Começar a ofertar a ferramenta para quem nunca tinha ouvido falar da GAM era entrar em contato com essas práticas dos serviços de saúde que por vezes soavam tutelares, duras, prescritivas. O desafio era justamente como fazer para não ser tutelar, dura e prescritiva na hora de apresentar a GAM...

O trabalho na gestão é incessante e aquele estranhamento ali logo se desfez para outros vinte me atravessarem. A questão é que Anelise insiste e outra vez me encontra meses depois numa oficina GAM durante um evento.

Eu comecei a fazer as perguntas do GAM pra eles! Eu peguei as perguntas do Guia e comecei a fazer para os pacientes. Alguns demoram para entender, outros não conseguem escrever. Ai eu chego do lado deles e pergunto no ouvido, eles me ditam a resposta e eu escrevo. Eles tão gostando porque eu faço esse grupo que dura a manhã toda e eles sempre perguntam quando vamos ler o livrinho.

Ainda outros meses e numa roda de conversa sobre a GAM em que participavam trabalhadores e usuários reencontro Anelise outra vez. Uma roda grande, reunindo vários municípios de uma mesma região carregada de afetos e histórias. Anelise também quer contar a sua.

Nesse dia Anelise aparece no encontro com os usuários participantes do grupo GAM. Diz que pegou o carro da prefeitura, o motorista, ignorou a regra do município de que o carro só poderia levar servidores e trouxe os usuários para o encontro. Os usuários, super tímidos, não sabiam bem o que fazer naquela roda tão grande, tão cheia de gente desconhecida. Anelise estava ansiosa para contar sua experiência e começou a conta-la apresentando os usuários pelos seus diagnósticos e pelas suas histórias de internação. Os usuários ao lado em silêncio e eu me sentindo muito mal, vendo suas histórias expostas assim, sem nem lhes perguntarem se queriam falar. Tento interrompê-la e ofertar a palavra aos usuários, que apenas assentem que “sim, é como ela contou”. Usuários de outros municípios contam outras histórias e diluem o meu mal-estar.

No quarto encontro, durante um evento, reúne-se outra roda GAM. Lá está Anelise outra vez, ansiosa para apresentar seu trabalho.

Desta vez ela está sozinha, lamenta não ter conseguido trazer os usuários. Trouxe um powerpoint com toda a história do grupo, ilustrada por fotos dos usuários e dos trabalhos que fizeram, especialmente um painel com as caixas dos medicamentos e algumas informações. Anelise apresenta os resultados de seu trabalho, colhidos através entrevistas com os outros profissionais da equipe e com as falas de alguns usuários. Apresenta sua pesquisa, como uma pesquisadora. Salta aos olhos os principais resultados apontados por ela como efeitos do grupo GAM: a maior adesão dos usuários ao medicamento e o fato de que desde que iniciaram o grupo esses usuários não tiveram mais internações.

Um dos grandes medos de nossa equipe de pesquisa quando colocamos a versão final do Guia GAM na web era justamente perceber que não tínhamos mais controle sobre ela. Talvez nunca tenhamos tido, mas a sensação de proteger a ferramenta enquanto estava em processo de cultivo atravessava a todos nós. Sabíamos que um risco possível de sua disseminação era que ela fosse tomada como uma ferramenta prescritiva. Não sem espanto desde o início de meu trabalho na gestão, apresentando a GAM pela saúde mental afora não foram poucas as vezes que escutei: “ah, entendi, então nós vamos fazer o grupo GAM com os pacientes e eles vão tomar o remédio direitinho”. Uma ferramenta mágica de “adesão” ao controverso tratamento medicamentoso. Um risco que tivemos que correr.

Podemos pensar que nas cenas evocadas pela personagem Anelise temos também um corpo que se afeta. O segundo encontro com ela traz uma narrativa diferente da primeira. Há algo que ela consegue fazer junto com os usuários, ler o guia GAM, fazer e responder perguntas e a história do remédio dado na boca não é mais evocada. Aprender a fazer a GAM também pode ser uma aprendizagem de ser afetado. Mas é uma aprendizagem que leva tempo. Inicialmente Anelise tinha respostas prontas e ações determinadas no trato com os usuários, o contato com a GAM vai produzindo pequenas modulações nela, variações que ela

expressa a cada novo encontro. Costumo brincar com a ideia de contágio, de que a GAM é um bichinho que morde e deixa o sujeito GAMado. GAMar seria então esse processo de ser afetado pelas histórias dos usuários, que antes não tinham lugar, pelo fazer juntos uma atividade nova, geralmente tarefa muito receada pelos trabalhadores. No seguinte encontro quando consegue trazer os usuários Anelise fala disso, as histórias aparecem, histórias que ela não conhecia e que o contato com a GAM fez aparecer. Ainda que ela conte as histórias pelos usuários que estão ali presentes.

Aquilo que experimentamos no contexto da pesquisa GAM que gerou o Guia era impossível de reproduzir em grande escala. Nós viajávamos juntos, estudávamos juntos, pesquisamos juntos durante cinco anos. Entretanto ainda que não seja reproduzível na mesma dimensão, Anelise experimenta essas mesmas coisas quando chama a psiquiatra e a farmacêutica para o grupo e montam o painel dos medicamentos, estão estudando junto com os usuários, aprendendo sobre os medicamentos. Anelise viaja com os usuários para o evento e convive com eles também nesse outro lugar que não é o serviço de saúde.

Com isso podemos pensar que quando os trabalhadores dizem “com o GAM eles tomam o remédio direitinho” estão nos dizendo de um processo, que construíram junto com os usuários. Que isso não necessariamente é uma captura ruim da GAM, mas que esse usuário que “adere” ao medicamento após a GAM é um usuário que aprendeu algumas coisas, construiu sentidos para essa prescrição medicamentosa, que não é um sujeito passivo que apenas cumpre o que lhe é prescrito.

O Guia GAM de uma forma sutil e lenta produz também outras articulações naqueles que experimentam sua leitura e sua metodologia. Um corpo articulado, diz Latour (2008) não é aquele que fala com autoridade, mas aquele que é afetado pelas diferenças, ampliando a sua percepção delas.

Acompanhar o processo: questões e avaliações

Ainda que soubéssemos que cada grupo GAM teria sua forma e que essa era justamente a nossa aposta, não impor formas de fazer a GAM, mas fornecer as pistas para o seu funcionamento, algumas capturas eram inevitáveis. Outras questões como a insistência das equipes em realizar grupos por diagnóstico ou selecionando os usuários “menos autônomos” para compor um grupo GAM geravam também dificuldades no manejo. Ainda que nas oficinas era sempre enfatizada a questão da composição do grupo ser a mais heterogênea possível, que isso muito antes de ser um problema, auxiliava o grupo a focar na tarefa de leitura do Guia. Alguns profissionais também entendiam a GAM como essa “ferramenta mágica” que faria com que todos os usuários “tomassem o remédio direitinho” acabando com os problemas de “adesão ao tratamento”. São questões que não terminam que certamente voltarão ainda inúmeras vezes, fazendo com que tenhamos que encontrar novos modos de fazer a GAM, novas estratégias para recoloca-la. Um trabalho que não termina com o fim de um contrato, nem com o fim da gestão que sustentou essa proposta. Mas, que, sem dúvida, se modifica depois disso.

Os trabalhadores e usuários que participaram dos grupos e com quem pudemos conversar relataram que a experiência com a GAM é transformadora em diferentes níveis e medidas. Para alguns usuários é essa possibilidade de discutir com o médico e com a equipe que o cuida de uma forma mais direta, sendo sua palavra reconhecida e considerada. Para alguns trabalhadores é a surpresa com as histórias que aparecem a partir das perguntas do Guia, que apesar de tratarem esses usuários a muito tempo, nunca tinham escutado. Para ambos é a possibilidade de discussão e reconhecimento do direito dos usuários, coisas até ali nunca discutidas. Para ambos é o aprendizado da confiança de que o grupo GAM se tornou espaço de cuidado, no qual usuário pode trazer sua questão e o profissional a sua atenção, seu conhecimento, que se podem inventar coisas juntos, que se pode confiar um no outro.

Também escutamos de alguns trabalhadores as dificuldades surgidas quando a ferramenta efetivamente opera e o trabalhador é interrogado pelo usuário, que essa mudança de lugar exige um esforço pessoal muito grande, que toca nos nossos próprios preconceitos.

Disseminar a GAM na Política de Saúde Mental não foi uma tarefa simples, mas nada tira o gosto de presenciar quando um usuário (durante o evento sobre protagonismo) sobe ao palco na plenária final para dizer que quando, semanas antes, fora chamado pela Secretaria de Saúde para pensar o evento não tinha entendido bem no que poderia ajudar, achava que não tinha nada a oferecer e ficou surpreso ao perceber que as pessoas reunidas ali estavam interessadas na experiência dele, na vida dele, na opinião dele. E constatou que podia ajudar a pensar a programação, ajudou na escolha dos temas e até mediou uma mesa de debate. Ele disse também que não entendia direito o que era aquela autonomia (que estava no nome do evento) mas que entendeu naquele dia, algumas horas antes, quando o grupo Samba CAPS subiu no palco para tocar e todo mundo saiu dançando. Ele ficou parado olhando, pensando que não sabia dançar. Aí alguém disse: vem dançar! “E aí eu fui, né? Porque eu pensei: autonomia é isso, é experimentar fazer coisas novas para ver o acontece”.

Referências:

- Barros M. Poesia Completa. São Paulo: Casa da Palavra; 2013.
- Brasil, Constituição 1988. Constituição da República Federativa do Brasil: texto constitucional promulgado em 5 de outubro de 1988, com as alterações determinadas pelas Emendas Constitucionais de Revisão nos 1 a 6/94, pelas Emendas Constitucionais nos 1/92 a 91/2016 e pelo Decreto Legislativo no 186/2008. – Brasília : Senado Federal; 2016.
- Rio Grande do Sul. Comissão Intergestores Bipartite. Resolução N° 655: Institui o Plano de Ação da Rede de Atenção Psicossocial. Porto Alegre; 2014.
- Ceccim RB. Equipe de Saúde: a perspectiva entre-disciplinar na produção dos atos terapêuticos. In: Pinheiro R, Mattos RA. Cuidado: As fronteiras da integralidade. São Paulo: Hucitec; 2004.
- Kinoshita RT. Autopoiese e reforma psiquiátrica. São Paulo: Hucitec; 2016.

- Latour B. Como falar do corpo? A dimensão normativa dos estudos sobre a ciência. In: Nunes JA (Org) Objectos impuros: Experiências em estudos sobre ciência. Porto: Afrontamento, 2008.
- Martínez-Hernández A. Antropología Médica: teorías sobre la cultura, El poder y la enfermedad. Anthropos Editorial: Barcelona; 2008.
- Menéndez EL. Intencionalidad, experiencia y función: la articulación de los saberes médicos. Rev. Antrop. Social. 2005; 14: 33-69.
- Muhammad AH. Narrativa-crítica do grupo de intervenção: gestão autônoma da medicação [monografia]. Curso de Especialização em Educação em Saúde Mental Coletiva Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Porto Alegre; 2010.
- Gestão Autônoma da Medicação – Guia de Apoio a Moderadores. Rosana Teresa Onocko Campos; Eduardo Passos; Analice Palombini et al. DSC/FCM/UNICAMP; AFLORE; DP/UFF; DPP/UFRGS, 2014.
- Guia da Gestão Autônoma da Medicação – GAM. Rosana Teresa Onocko Campos; Eduardo Passos; Analice Palombini et al. DSC/FCM/UNICAMP; AFLORE; DP/UFF; DPP/UFRGS; 2014.
- Campos RTO, Furtado J. Narrativas: utilização na pesquisa qualitativa em saúde Rev. Saúde Publica. 2008; 42(6):1090-6.
- Campos RTO, Furtado JP, Passos E, Benevides R. Pesquisa Avaliativa em saúde mental: desenho participativo e efeitos da narratividade. São Paulo: Hucitec; 2008.



Educação sobre drogas e dispositivos de cuidado: reflexões acerca da experiência de um caps ad com a redução de danos

Adriana Van der Sand
Douglas Casarotto de Oliveira

A partir dos estudos, articulações de parcerias, experimentações e capacidade de análise dos seus próprios processos que uma equipe de trabalho de um CAPS ad de Santa Maria/RS pode autorizar-se a “se contar” como uma equipe que tem a Redução de Danos (RD) como diretriz de trabalho. É a experiência desta equipe que se pretende apresentar neste capítulo, destacando desde já, o caráter coletivo e processual desta experiência e sempre a considerando de maneira singular, já que se deu em um contexto histórico, político e cultural específico, não tendo, de maneira nenhuma a intenção de se colocar como ideal. Neste sentido, considera-se que a melhor maneira de apresentar as especificidades da atuação em RD vivenciadas pelos profissionais do CAPS ad Cia do Recomeço (aqui apresentado apenas como CAPS ad) seria pelos analisadores “educação sobre drogas norteando uma prática” e “invenções e experimentações de dispositivos de cuidado”, já que parecem ter a capacidade de explicitar as diversas relações em jogo nos processos de trabalho deste serviço de saúde.

Educação sobre drogas norteando uma prática

O primeiro analisador que elegemos diz respeito a como a educação sobre drogas se faz presente no cotidiano desse Serviço de Saúde. Assim, como forma de ilustrar como a educação sobre drogas opera no CAPS ad, três situações serão relatadas: a implantação de um novo CAPS ad e a valorização dos processos educacionais; as estratégias educacionais que compõem as práticas do CAPS ad; as ações no território, a RD e a educação.

A implantação de um novo CAPS ad e a valorização dos processos educacionais

No ano de 2009, em razão do aumento da demanda por cuidado em decorrência do uso de *crack*, o então coordenador da política municipal de Saúde Mental do município deixou o cargo para implantar um novo CAPS ad na cidade. E, para compor a equipe foram chamadas uma enfermeira, uma psicóloga e uma técnica em saúde mental sem experiência em saúde mental ou álcool e drogas.

O coordenador desse novo serviço apresentou à equipe recém-formada referenciais da PNH e da RD, as quais havia tido contato em suas experiências acadêmicas e profissionais prévias, de forma a impulsionar a experiência. Enquanto essa equipe estudava coletivamente, idealizava o trabalho que pretendia e, assim, ocupou a casa que fora alugada para que o CAPS ad funcionasse (apenas com cadeiras como equipamento de trabalho). As atividades começaram por acolhimentos que, de início, eram conjuntos. Contudo, logo novos dispositivos de cuidado foram criados, conforme as demandas emergiam. A equipe considerou, também, que a educação sobre drogas seria uma importante questão a ser trabalhada com a própria equipe, parceiros e usuários. Essa consideração fundou-se em muito pela influência dessa implantação que nasceu de estudos conjuntos e da dissertação de seu fundador/coordenador e, assim, a educação sobre drogas apresentou-se como mote do trabalho (OLIVEIRA, 2009).

Desse conjunto de perspectivas, a proposta que emergia na época fundava-se na percepção de Oliveira (2009) de que os cursos oferecidos pelo Estado aos profissionais da saúde com temática centrada na educação sobre drogas visavam difundir preceitos científicos centrados no auxílio às pessoas com problemas decorrentes do uso de drogas. Nessa lógica, o autor destaca que, para isso, nesses cursos havia a defesa do uso de técnicas de ajustamento. Em contraponto a essa lógica, o autor propõe algo que vá de encontro a esse ajustamento, na medida em que constata, por meio de seu estudo, que:

um *exército* de pessoas são preparadas a atuarem na guerra contra os malefícios das drogas. Contra o inimigo sem vida, os combatidos são as pessoas que, mesmo com todos os malefícios, teimam em usar as *substâncias maléficas* (Oliveira, 2009: 130).

Ainda, ao considerar a combinação entre a educação e a comunicação em relação ao sujeito de sua pesquisa (jovem usuário de *crack*), o autor ressalta que essa visa manter as noções jurídico-policiais e médico-psiquiátricas que colocam a pessoa que usa drogas como delinquente ou doente para que, assim, a normalização da população possa ser mantida. Dessa forma, os cursos oferecidos aos profissionais, as ações em escola (palestras sobre drogas, por exemplo) e os jornais não oferecem espaço para uma discussão que problematize essas noções (delinquente e doente) ou que proponha outras formas de considerar as pessoas que usam drogas ou o tema das drogas, já que as estratégias pedagógicas encontradas se aproximam da escolarização, na qual a educação é vinculada a objetivos institucionalizados (Oliveira, 2009).

A ideia de escolarização, criticada por Oliveira (2009), é semelhante a que foi trabalhada por Correa (2006), quando este autor analisa a noção de *drogas* que orienta o Estado brasileiro. Neste sentido, ele destaca que, entre todas as opções disponíveis aos professores e estudantes, a escola institui uma liberdade que permite escolher entre um grupo restrito e pré-estabelecido de determinados itens, os quais rumam sempre para a normalização e o ajustamento dos sujeitos, a fim de que caibam de modo confortável no modelo de “cidadão livre dentro do horizonte delimitado pelas leis e pela moral” (Correa, 2006:167).

Acreditando na potência de uma “outra” educação sobre drogas, o CAPS ad apostou na criação de estratégias de formação e cuidado as quais considerassem os *processos educacionais* que cada pessoa desenvolve em sua vida, afastadas dessa noção de escolarização explicitada anteriormente. E é, justamente, nesse ponto que a educação sobre drogas e a RD convergem, uma vez que esta parte do reconhecimento dos processos

educativos dos sujeitos que produzem espaços de abordagem do uso da droga a partir do cotidiano das pessoas (Lancetti, 2007). Fundamentados nesses pressupostos teóricos, o grupo passou a perceber que por meio do vínculo seria possível desconstruir hierarquias e prescrições e, também, que por meio da valorização dos processos educativos e da vontade dos sujeitos seria possível produzir alterações na relação do sujeito com a droga (Oliveira, 2009).

As estratégias educacionais que compõe as práticas do CAPS ad A

Esse serviço participou ativamente das discussões para a implantação do Programa de Residência Multiprofissional Integrado no Sistema Público de Saúde em Saúde Mental da Universidade Federal de Santa Maria (UFSM) que tinha, à época, como objetivo desenvolver nos profissionais de saúde competências – conhecimentos, habilidades e atitudes para atuarem de modo interdisciplinar, interinstitucional e intersetorial, visando contribuir na consolidação do SUS. Isto ocorreu porque o CAPS ad percebeu no Programa de Residência possibilidade de qualificar seu trabalho, dando sustentação às práticas já iniciadas e criando novas, já que muitas das dificuldades que o serviço vinha enfrentando se justificavam pela equipe de trabalho reduzida.

A equipe envolveu-se também na criação da proposta de Estágio de Vivência na Reforma Psiquiátrica, na seleção dos estagiários, bem como seu acompanhamento. Esse estágio ocorreu no CAPS ad durante quinze dias no início de 2013, com quatro vagas para acadêmicos dos cursos de psicologia, enfermagem, serviço social, fisioterapia, medicina e terapia ocupacional. As vivências pretendiam apresentar aos estagiários as práticas em Saúde Mental para pessoas com problemas decorrentes do uso de drogas no contexto da Reforma Psiquiátrica e proporcionar conhecimentos acerca da articulação das Políticas de Saúde que as fundamentam e a relação com outros pontos da Rede de Cuidados.

Por meio dos relatórios, que as quatro acadêmicas (duas da Terapia Ocupacional, uma da Fisioterapia e uma da Psicologia) elaboraram após sua experiência de estágio, foi possível perceber que a vivência alcançou, para elas, os objetivos propostos. Por meio do acompanhamento/participação nas diversas atividades propostas pelo CAPS ad aos seus usuários, dentro e fora do espaço do serviço, das discussões de casos, das reuniões de equipe, que esse grupo de estagiárias levantou questionamentos, os quais sinalizaram a importância da participação de acadêmicos nos processos de trabalho do CAPS.

Assim, mais tarde, surgiu o Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde (PET Saúde) Redes de Atenção, que no CAPS ad acontece em duas frentes: “Álcool e Drogas” e “RD”. A primeira vinculava-se à UFSM e a segunda à uma universidade privada da cidade que têm profissionais do CAPS ad como preceptores. Os estagiários do PET Saúde acompanham as atividades da equipe de maneira semelhante às estagiárias do Estágio de Vivência, porém, participam durante um tempo maior e atuam de maneira mais autônoma, sem prescindir do acompanhamento de seus preceptores. Outra participação importante dos acadêmicos nos processos de trabalho do CAPS ad se deu por meio do Projeto de Extensão “O Acompanhamento Terapêutico (AT) como dispositivo para construção de redes de cuidado em Saúde Mental” de uma outra instituição de ensino superior privada do município, que contava com acadêmicos da graduação de psicologia e de enfermagem, atuando de maneira diferente dos estágios citados anteriormente, já que esses acadêmicos realizavam especificamente o trabalho de acompanhantes terapêuticos (AT). Discutiam o Plano Terapêutico com o profissional de referência do usuário a ser acompanhado e, contando com supervisão da equipe, realizam o AT.

Essas experiências de articulação ensino-serviço tem em comum a produção de um movimento na equipe, já que a tiram de sua “zona de conforto”, fazendo com que pensasse constantemente no seu fazer, visto que, além do comprometimento com o cuidado com o usuário, com

o seu processo de aprendizado sobre seu trabalho, havia, também, um compromisso com o aprendizado do acadêmico. Existiam, portanto, vários sujeitos articulados entre si (usuário, estagiário, equipe e tutor da instituição formadora) com processos educacionais distintos acerca de sua vida o que, certamente, expressava a complexidade da aprendizagem e a distanciava daquela proposta pela escolarização. Portanto, apreende-se por meio desta análise que a questão da educação aparece no dia-a-dia do CAPS ad A como uma preocupação constante, que, como processo relacional que é, traz efeitos para todos esses envolvidos e que, a partir da aprendizagem do estagiário, qualifica os processos de trabalho do serviço.

As ações no território, a RD e a educação

Outra forma de exemplificar a importância da educação sobre drogas nas práticas deste serviço é o movimento que ocorria com relação a saída a campo dos agentes redutores de danos do município. O município de Santa Maria possuía redutores de danos concursados, porém, eles estavam alocados nos dois CAPS ad e no serviço onde funcionava o Programa DST/AIDS e antigamente o extinto Programa de RD e atuavam apenas no interior dos serviços. Considerando essa situação o CAPS ad criou um Grupo de Trabalho em RD (GT RD) que reuniu os agentes redutores de danos, residentes e outros profissionais dos dois CAPS ad interessados na discussão, agentes comunitários de saúde da atenção básica, ex-agentes redutores de danos, além de outras pessoas interessadas pelo tema (como integrantes de um coletivo de *Hip Hop* da cidade. O grupo propôs a criação de um espaço de discussão acerca da RD e a viabilização da saída a campo dos agentes redutores de danos.

O grupo contou com o apoio de uma parceira que havia sido redutora de danos na rede e terminava seu doutorado na área (profissional que hoje realiza supervisões clínico-institucionais no serviço). Realizaram-se, sob a coordenação desta especialista, três encontros em que as bases

teóricas da RD foram apresentadas, auxiliando o grupo a pensar sobre a importância do investimento em ações territoriais. Por fim, os agentes redutores de danos, os quais tinham participação no Grupo de Trabalho de Redução de Danos (GT RD), e um colega residente iniciaram ações na Unidade Básica de Saúde como forma de implementar ações de campo, contando com a importante ajuda de um ex-agente redutor de danos que é parceiro em diversas ações do CAPS nesse sentido. Porém, cabe salientar que o GT RD deixou de operar seus encontros em razão de atividades relativas ao projeto da Escola de RD Ítaca, que se inaugurava a partir dali e assumia as funções pensadas para o GT RD.

A ERD Ítaca deu início aos seus trabalhos no final do ano de 2013, após quase três anos depois de sua aprovação pelo Ministério da Saúde. Foi idealizada pelo Grupo Ítaca, que já atuava na problematização do campo das drogas nas áreas da saúde, pesquisa e educação e que a partir do “Projeto Ítaca: RD como ferramenta para práticas intersetoriais em saúde” vinha investindo na mobilização de Redutores de Danos do Rio Grande do Sul.

Os encontros da ERD Ítaca ocorriam no espaço físico do CAPS ad e, em alguns momentos, a ERD Ítaca e esse CAPS ad se fundiam e articulavam-se as suas ações, a exemplo da primeira ação do Projeto Rap & Tal, em que foi realizada uma oficina de grafite que coloriu a fachada do CAPS ad. O Projeto Rap & Tal foi uma iniciativa dos residentes que respondeu a “III Chamada para Seleção de Projetos de Reabilitação Psicossocial: trabalho, cultura e inclusão” do Ministério da Saúde. Foi selecionado e recebeu um incentivo de R\$ 30.000,00 para a realização de oficinas de arte, comunicação, esporte e lazer nos territórios dos usuários a partir da parceria entre o CAPS ad, um coletivo de *hip hop* da cidade (Co-RAP), PRMI e o projeto ATUA (projeto de extensão do Curso de Publicidade e Propaganda de uma universidade privada da cidade). Este último é um projeto que vem realizando uma oficina de vídeo no CAPS e conta com um acadêmico do curso de Comunicação Social/Publicidade que também é membro do coletivo de *hip hop* (o que ilustra mais uma articulação do

serviço com instituições de formação e sua preocupação com a educação enquanto importante dispositivo de qualificação do trabalho).

Entre todos os exemplos citados, o que merece maior destaque é a ERD Ítaca, cuja proposta pedagógica centrava-se na defesa de uma educação sobre drogas que coloca a ação do trabalhador como educador a partir de sua própria experiência. Por isso, procurou-se fazer a seleção dos alunos de maneira bastante sensível, considerando a implicação destes com a temática do álcool e de outras drogas, além da RD. Muitos não tinham domínio teórico a respeito da temática, mas circulavam em seus territórios, cada um com seu próprio estilo, produzindo vínculo e cuidado quanto ao uso de álcool e outras drogas. Percebeu-se, nos selecionados, que eles já, mesmo sem o aporte teórico, produziam um cuidado e uma educação distante da escolarização, aproximando-se dos processos pedagógicos propostos pela ERD e também pelo CAPS ad à época.

É importante destacar que todas as ações citadas se articulavam nas atividades práticas do CAPS ad e que havia, entre elas, uma preocupação com o cuidado que se quer para o usuário do serviço e para as pessoas que usam drogas, além da problematização da educação sobre drogas que, também, se quer. Assim, é possível considerar que, nesta lógica, este Serviço de Saúde atua, para além de outras finalidades, como espaço de formação tanto para os profissionais que atuam no serviço, como para a população em geral que o acessa de diferentes maneiras (estágios, projetos de extensão, voluntariado e parcerias da comunidade, como o coletivo de *hip hop*, professores universitários, pesquisadores...). Sendo assim, a RD aparece como diretriz de trabalho e estratégia educacional e de cuidado, acompanhando o pensamento de Oliveira (2009):

Assim, se uma educação que atua em relação ao tema drogas tem seu potencial aumentado, a partir de práticas que consideram os processos educativos inerentes às experiências de vida, cabe aos profissionais interessados na temática reconhecer a necessidade de uma horizontalização dos saberes relacionados às drogas e, a partir disso,

criar estratégias educativas que despertem a vontade de conhecer, e considerem as drogas para além do bem e do mal (Oliveira, 2009: 138).

Invenções e experimentações de dispositivos de cuidado

Com relação ao segundo analisador eleito, considera-se os dispositivos “Profissional de Referência”, “Plantão PTS” e “Ambiência” como os principais organizadores dos processos de trabalho do CAPS ad e todos foram instituídos em caráter de experimentação. Foram criados quando surgiu a demanda no serviço e, depois de algum tempo conforme a equipe foi enfrentando dificuldades em sua execução, durante uma reunião de equipe foram definidas duplas de referência responsáveis por cada dispositivo. Dessa forma, os processos de trabalho passaram a ser reavaliados constantemente pelos próprios trabalhadores.

Esse movimento vivenciado no CAPS ad contribuiu para corroborar que cada instituição possui características próprias e que, no caso em específico, ao apropriar-se de conceitos propostos pelo campo da saúde coletiva, saúde mental e PNH acaba por adaptá-los a sua realidade. Assim, pode-se considerar que esse conjunto de dispositivos estava, àquela época, em processo de implementação no CAPS ad, já que, conforme iam sendo identificadas dificuldades, a equipe criava estratégias, através desses dispositivos, para aprimorar os processos de trabalho.

O dispositivo da ambiência surge no CAPS ad para dar conta do acompanhamento dos usuários enquanto permaneciam no serviço entre uma atividade e outra, já que, muitas vezes, a equipe desconhecia as atividades que faziam parte do plano terapêutico daquele usuário. Assim, instituiu-se o que foi denominado como ambiência, ou seja, um espaço de convivência dos usuários com a mediação terapêutica de um técnico do serviço. Todos os profissionais passaram a fazer parte da escala da ambiência, que também se dividia em turnos, como o Plantão PTS.

Segundo a PNH, na adoção do conceito “ambiência”, com o objetivo de produção de espaços de saúde, o debate sobre a humanização dos

territórios de encontros do SUS avança, na medida em que são consideradas as situações da sua produção, a composição técnica, simples e formal dos ambientes. Nessa perspectiva, passa-se a considerar que essa produção se dá em determinado espaço e em um tempo específico, envolvendo um grupo de pessoas que têm valores culturais que lhes são próprios (como indivíduo e como grupo de trabalho) e mantém entre si, e fora do espaço do serviço, relações sociais (Brasil, 2010a).

Sendo assim, esse conceito supera a noção de espaço físico que visa à confortabilidade de usuários e profissionais de saúde, considerando espaço de encontros produtores de subjetividade através da ação reflexiva dos processos de trabalho e ferramenta que facilita os mesmos, otimiza a utilização de recursos, o atendimento humanizado, resolutivo e acolhedor (Brasil, 2010a). No CAPS ad, cenário desta reflexão, esse conceito toma forma em sua radicalidade, já que se apresenta como um dos espaços terapêuticos considerados mais potentes e que inclui o usuário no cuidado de si, do outro e do próprio espaço. Isso se dá, especialmente, por ser um “momento livre”, propositivo e de encontros que não está carregado com o “peso” do trabalho terapêutico, uma vez que é o “tempo livre” entre uma atividade terapêutica e outra em que a palavra circula, o café ou almoço são serviços e os usuários ou profissionais cuidam do espaço ou propõem alguma tarefa (como cuidar do quintal, desenhar, escrever, jogar, tomar chimarrão...).

Assim, foi-se percebendo que o potente espaço terapêutico muitas vezes acabava representando para alguns profissionais um lugar de mediação de conflitos, já que lá muitas questões relativas a transgressões acabavam surgindo e o profissional se via na posição apenas de reafirmar as regras da instituição e fazê-las valer, não conseguindo propor algum outro tipo de cuidado aos usuários nesse espaço. Com isso, em reunião de equipe, foi-se marcando a função do profissional de referência e, a partir daí, cada membro da equipe passou a compartilhar mais seus casos, além de o conjunto passar a entender o acolhimento como diretriz da clínica do serviço, fazendo-o valer em todos os espaços, como um compromisso

de todos os profissionais com todos os usuários. Assim, o profissional do Plantão PTS agregou à sua função o papel de representante da equipe. Por meio dessa lógica, no momento em que os conflitos surgiam, ou algo ao nível de gestão precisava ser resolvido, esse profissional passou a ter autonomia para resolver (e é ele que passaria marcar as regras da instituição para os usuários quando o profissional da ambiência solicita).

Ao ser instituído o profissional de referência como um dos dispositivos de cuidado do CAPS ad todos os profissionais, independentemente da formação profissional (com exceção da área médica, que na maior parte das vezes se atinha exclusivamente ao trabalho de núcleo profissional), passaram a ter usuários referenciados a si. Semanalmente, um profissional específico realiza a distribuição dos usuários que passaram por entrevista de acolhimento e que ainda não possuem profissional de referência para o profissional que tenha maior vínculo com ele. Para isso o prontuário e o profissional são consultados, quando necessário.

Segundo a cartilha “saúde mental no SUS: os centros de atenção psicossocial”, elaborado pelo Ministério da Saúde, a função do profissional de referência é monitorar o usuário, o projeto terapêutico singular, o contato com a família e realizar a avaliação de metas traçadas em tal projeto (Brasil, 2004). Para Silva e Costa (2010), esse dispositivo se destina ao estreitamento do vínculo entre profissional e usuário, garantindo a interlocução com as redes familiares, sociais, culturais, educacionais, de trabalho... para que, assim, possa haver a continuidade do tratamento considerando todos os aspectos da vida do sujeito.

A equipe do CAPS ad foi, aos poucos, descobrindo qual a função e como trabalhar com esse dispositivo. Ele surgiu como possibilidade de cuidado integral, como forma de efetivar o cuidado que a reforma psiquiátrica prevê, fazendo com que o profissional precisasse, a partir do vínculo e de uma maior implicação com o usuário, realizar acompanhamentos terapêuticos, visitas domiciliares, atendimentos individuais, encaminhamentos para outros pontos da rede, trabalho com familiares e, principalmente, pensar

acerca da qualidade de sua escuta e seu papel como terapeuta. É possível considerar este dispositivo um gestor da clínica e do cuidado do usuário, responsável pela articulação e acompanhamento do processo do tratamento visando a responsabilização do usuário.

É ele que articula a elaboração, ação e reavaliação do PTS em andamento junto com o usuário como um vínculo estratégico no caso. Na realidade do CAPS ad houve a tendência de o profissional tutelar o sujeito a si, além de gerar uma desresponsabilização de outros profissionais envolvidos no caso através de uma anulação da construção coletiva. Enquanto sugestão para esse tipo de situação, é possível tomar o que Oliveira e Furlan (2009) sugerem, quando se refere a reavaliação coletiva do caso em espaços curtos de tempo a fim de que a equipe não crie um certo “afastamento” da problemática do usuário que possa produzir essa desresponsabilização ou tendência a tutelar, já que no exercício de reavaliação do caso o pensamento acerca do fazer dos profissionais é inevitável.

Com a demanda emergente para que o CAPS ad realizasse matriciamento nas Unidades Básicas de Saúde de sua referência (demanda que surgiu após a inserção da residência nesse serviço e da territorialização da população atendida pelos dois CAPS ad do município) foi criada uma Comissão de Matriciamento, cujo objetivo era propor estratégias que possibilitassem o início desse trabalho nas comunidades.

Nas reuniões da Comissão os profissionais dividiram-se em duplas a fim de articular a sua saída à comunidade e pensar a prática do matriciamento nas unidades. Porém, conforme as discussões foram ocorrendo e, principalmente, após o estudo de um texto do Ministério da Saúde com orientações metodológicas para o trabalho do apoiador da PNH (Brasil, 2010b), surgiram diversos questionamentos acerca do cuidado que o serviço prestava a seus usuários, já que se iria apoiar equipes que, provavelmente, apresentariam dificuldades parecidas com as dos profissionais do CAPS ad A. Dessa forma, o acolhimento e como ele era realizado entrou em pauta e criou-se o Plantão de Plano Terapêutico Singular (Plantão PTS).

Segundo o Ministério da Saúde, em cartilha que discorre acerca da Clínica Ampliada e Compartilhada o Projeto Terapêutico Singular (aqui denominado Plano Terapêutico Singular) é “um conjunto de proposta de condutas terapêuticas articuladas, para um sujeito individual ou coletivo, resultado da discussão coletiva de uma equipe interdisciplinar, com Apoio Matricial se necessário” (Brasil, 2009: 39). É utilizado em casos com nível de complexidade maior e, em espaços de saúde mental é amplamente utilizado afim de proporcionar cuidado integrado ao usuário, considerando outros aspectos para além do diagnóstico psiquiátrico e medicação utilizada, incluindo toda a equipe e o usuário e/ou familiares afim de definir as ações terapêuticas.

Até aquele momento, no CAPS ad, os usuários que acessavam o serviço pela primeira vez eram orientados a comparecerem ao serviço no horário de acolhimento, que ocorria na primeira hora da manhã e era de responsabilidade de um profissional, por dia. Os usuários que acessavam o serviço após terem se afastado do tratamento durante algum período eram atendidos pelo profissional de referência ou por quem se disponibilizasse (o que, geralmente, ocorria a partir do vínculo). Assim, após discussões na Comissão de Matriciamento e na reunião de equipe, foi instituído um plantão de acolhimento, em que o dia de trabalho foi dividido em quatro turnos (8:00 as 10:30 / 10:30 as 13:00 / 13:00 as 15:30 / 15:30 as 18:00) e, em cada turno, um profissional ficaria disponível para realizar acolhimentos de novos usuários e usuários que regressassem ao serviço. Assim, a esse profissional coube a tarefa de realizar a escuta, traçar com o usuário um plano terapêutico inicial, de caráter provisório, o qual seria compartilhado com o profissional de referência que acompanharia o PTS e daria continuidade ao plano. Dessa forma, o trabalho do profissional de referência foi facilitado, uma vez que o cuidado passou a ser compartilhado, tornando a construção do PTS um trabalho institucional que visava, através da escuta do plantonista e do profissional de referência, considerar a complexidade subjetiva do usuário.

O Plantão PTS é o dispositivo que faz a gestão do acolhimento no serviço, já que é o PTS que organiza e integra a equipe de um serviço de saúde. Essa decisão ancora-se no aporte teórico usado no próprio processo educacional que o grupo propôs para si próprio (o de uma “outra” educação sobre drogas). Assim, decide-se pela gestão do acolhimento por meio do Plantão PTS, porque este é identificado como movimento de coprodução e cogestão dos processos terapêuticos, caracterizado pela projetualidade e singularidade em três movimentos articulados: coprodução da problematização; coprodução de projeto; e, cogestão/avaliação do processo (Oliveira, Furlan, 2009).

O primeiro destes movimentos aparece nas entrevistas iniciais no Plantão PTS, com a ressalva de que podem ocorrer dificuldades de compreensão dos desejos e interesses do usuário por parte do profissional, já que ele pode se considerar detentor de um saber sobre saúde e de uma capacidade de oferecer respostas às problemáticas apresentadas pelos sujeitos, provocando, em consequência, resistência e dificuldades no/para estabelecimento do vínculo terapêutico. Frente a essa tendência, a reflexão aqui tecida permite apreender que as discussões de Planos Terapêuticos auxiliam o profissional a rever seu posicionamento frente à escuta do usuário e podem indicar, se necessário, a inclusão de outro profissional a fim de oferecer outra escuta ao usuário.

O segundo movimento, coprodução de projeto, pode levar a uma demasiada preocupação da equipe com a resolução de problemas pontuais, esquecendo o caráter de projetualidade através da pactuação coletiva de objetivos. Já o terceiro movimento, a cogestão/avaliação do processo retoma o dispositivo do “profissional de referência como o gestor do cuidado do usuário”. Os três dispositivos organizadores (o Profissional de Referência, o Plantão PTS e a Ambiência) do CAPS ad aparecem, portanto, como agenciamentos capazes de implicar a equipe no projeto da reforma psiquiátrica, buscando uma atenção integral que visa autonomia e protagonismo do sujeito por meio de um cuidado que considera a sua realidade e aproxima o serviço ao território de vida do usuário.

É possível compreender, então, que nas práticas deste serviço a RD perpassa todos os processos de trabalho, na medida em que essa “nova clínica”, proposta pela Política do Ministério de Saúde de Atenção Integral de Álcool e Outras Drogas, se coloca como diretriz de trabalho e norteia a atuação de todos os profissionais que ingressam nesse Serviço de Saúde. Contudo, cabe a ressalva de que isso só é possível através do esforço da equipe em oferecer espaços de formação aos “recém-chegados” que considerem os processos educacionais de cada um, suas potencialidades e especificidades, permitindo a construção coletiva de estratégias e dispositivos de cuidado (seja com relação aos usuários ou da própria equipe).

Portanto, apesar das dificuldades encontradas no dia-a-dia do trabalho, foram esses dispositivos que parecem ter feito com que os profissionais se implicassem no projeto da reforma psiquiátrica, buscando oferecer ao sujeito um cuidado realmente integral, com vistas ao protagonismo e autonomia, através de um projeto de tratamento em que ele estivesse verdadeiramente implicado, sua realidade fosse considerada e que ocorresse próximo ao seu território de vida.

Um dos traços mais marcantes desse serviço constituía-se no caráter de trabalho em equipe interdisciplinar implementado no cuidado aos seus usuários. O principal momento em que esse aspecto pode ser observado foi durante a reunião de equipe, que ocorria semanalmente, durante um turno, e que contava com a presença de todos os profissionais que atuavam no serviço, quando eram discutidas questões administrativas, processos de trabalho e, principalmente, abordados e compartilhados casos considerados complexos (é importante ressaltar que, a maior parte dos Planos Terapêuticos era compartilhado em outros momentos com a pequena equipe que o trabalhava, de maneira informal na rotina do serviço).

Esse passou a se constituir em um momento em que os diferentes atores do trabalho se expressavam e, muitas vezes, ocorriam avaliações e momentos de formação, ou seja, os profissionais questionavam o seu próprio trabalho e a equipe auxiliava na transformação dos processos de

trabalho. Da mesma forma que nos três dispositivos explicitados, ou seja, por meio dos casos trazidos à reunião pelos profissionais (e em outras situações que ocorriam, principalmente, em momento de ambiência), foi que o PTS do usuário passou a ter a possibilidade de ser realinhado (para depois ser discutido com o usuário), assim como o próprio dispositivo e a conduta do profissional.

Um CAPS ad operando a partir da RD

É imprescindível, ao encerrar a presente reflexão analítica, reiterar que não houve intensão de apresentar a experiência ideal de RD em um CAPS ad e, sim, exibir uma análise das especificidades da atuação de uma equipe de saúde mental que trabalha com pessoas que usam drogas a qual procura oferecer um cuidado de maneira a ter a RD como diretriz de seu trabalho, mas que nem sempre consegue se efetivar, já que os profissionais carregam seus saberes acerca da droga, que vem de uma vivência anterior, muitas vezes ligada a processos de escolarização que tratam a temática da droga de maneira moralizante e criminalizadora. Daí a importância da educação sobre drogas considerando os processos educacionais singulares e individuais, da reavaliação constante dos processos de trabalho e da flexibilidade para a experimentação e invenção de novos fazeres.

É essencial esclarecer que estando o objetivo desta apresentação centrado na atuação de uma equipe de um serviço de saúde mental e as especificidades de atuação da mesma em RD, os efeitos disso aparecem no cuidado aos usuários. A RD lança um olhar ao sujeito anterior a alguma psicopatologia ou abuso de substâncias psicoativas e, sendo assim, busca considerar o usuário enquanto ser desejante, capaz de realizar escolhas e lidar com as consequências das mesmas. A RD aposta no sujeito, auxiliando-o a tomar lugar de protagonista de suas próprias vidas, considerando a autonomia de cada um. É importante destacar que a RD não pode ser entendida como uma estratégia de cuidado que exclui as frustrações e

normas sociais, portanto, ancorada em princípios terapêuticos, qualquer intervenção é possível.

Referências:

- Brasil. Ministério da Saúde. Clínica Ampliada e Compartilhada. Série B textos básicos de saúde. Brasília; 2009.
- Brasil. Ministério da Saúde. Saúde mental no SUS: os centro de atenção psicossocial. Brasília; 2004.
- Correa GC. Escola-droga. *Verve*. 2002; 1:165-81.
- Lancetti A. A Clínica Peripatética. São Paulo: Hucitec; 2007.
- Oliveira DC. Uma genealogia do jovem usuário de crack: mídia, justiça, saúde, educação [dissertação]. Programa de Pós-Graduação em Educação. Universidade Federal de Santa Maria. Santa Maria; 2009.
- Oliveira NO, Furlan PG. Co-produção de projetos coletivos e diferentes “olhares” sobre o território. In: Brasil. Manual de Práticas da Atenção Básica: Saúde Ampliada e Compartilhada. Brasília; 2009. p. 238-58.
- Silva EA, Costa II. O profissional de referência em saúde mental: das responsabilizações ao sofrimento psíquico. *Rev. Latinoam. Psicopatol. Fund.*. 2010; 13(4): 635-47.

Espaço Ciranda em Defesa da Vida: relato de uma experiência de educação permanente em saúde em rede

Ana Carolina Rios Simoni
Paula Emília Adamy
Luiza Figueiró Petry
Fabiana Minussi Lopes

Roda na rua a roda do carro
Roda na rua a roda das danças
A roda da rua rodava no barro
Na roda da rua, rodavam crianças.

Cecília Meireles

A III Conferência Nacional de Saúde Mental, no ano de 2001, deu voz a uma pergunta que há muito fazia parte do cotidiano da Reforma Psiquiátrica brasileira. Quais são as reais necessidades em Saúde Mental quando pensamos nas crianças e adolescentes do Brasil?

Estamos falando de um período em que ainda não havia normativas que regulamentassem o funcionamento e o custeio dos CAPS, tampouco dos CAPS infanto-juvenis, de modo que a III Conferência Nacional de Saúde Mental é um marco para o início da Política de Saúde Mental Infanto-Juvenil. É nela que se recomenda a criação de diretrizes específicas neste campo, bem como se propõe o CAPSi como dispositivo especializado de cuidado em saúde mental para crianças e adolescentes, tendo como eixos norteadores a Reforma Psiquiátrica e o Estatuto da Criança e do Adolescente¹¹. De acordo com as deliberações desta Conferência, as políticas voltadas para crianças e adolescentes “devem ser intersetoriais e inclusivas, com base territorial e de acordo com as realidades socioculturais” locais (CNS, 2002: 57).

Caminhos para uma Política de Saúde Mental Infanto-Juvenil, de 2005, surge como documento técnico nacional orientador em resposta

¹¹ O Relatório da III Conferência Nacional de Saúde Mental traz, em seu item 168, a seguinte proposta: “Criar a política de atenção à saúde mental da criança e do adolescente, mediante a implementação de CAPS infantil e outros serviços e garantir que o Ministério da Saúde normatize a criação dos CAPS, tendo como fundamento os princípios da Reforma Psiquiátrica e do Estatuto da Criança e do Adolescente” (CNS, 2002: 57).

às demandas da conferência, propondo princípios e diretrizes para o cuidado em saúde mental das crianças e adolescentes. O documento é categórico ao afirmar a omissão histórica do Estado diante da saúde mental desta população, ressaltando que as ações dirigidas a crianças e adolescentes no Brasil tiveram sua história perpassada por um ideário de proteção que resultou na construção de um modelo com forte tendência à institucionalização.

Produziram-se, durante todos estes anos, pelo discurso social, duas infâncias: os menores e as crianças (de família). Os primeiros, representados pelas categorias das crianças abandonadas, “delinquentes”, “desviadas” ou “viciadas”, eram as destinatárias das políticas públicas que surgiam para a infância, pautadas por medidas higiênicas, buscando a educação, via disciplina e a normatização. Na segunda categoria, figura a criança inserida em um contexto familiar, o qual, segundo esta compreensão, lhe garantiria suporte e proteção.

Durante todo o século XX, a preocupação crescente com crianças e adolescentes – o “futuro da nação” – não impediu que as instituições criadas para proteger operassem uma lógica despersonalizante. Essas instituições, de caráter essencialmente filantrópico e pedagógico, preencheram a lacuna existente no setor público, perpetuando um modelo de atenção que, ao voltar as costas para os laços familiares, sociais e culturais, deixou suas marcas. No que diz respeito ao campo da saúde mental, são muitos os efeitos produzidos pelos anos de institucionalização em crianças e adolescentes no Brasil¹².

Com base nessa experiência, o documento *Caminhos para uma Política de Saúde Mental Infanto-juvenil* resgata o papel do Estado como crucial para o avanço das políticas voltadas para a infância e juventude. Na mesma direção do ECA, além de convocar o Estado a assumir seu lugar de garantidor de direitos, o documento reafirma a importância de considerar

¹² O Relatório da III Conferência Nacional de Saúde Mental também se ocupa desta problemática ao situar os processos de desinstitucionalização como prioritários no campo da infância e adolescência, conforme podemos observar na proposta 173. “Os CAPS infanto-juvenis ou outros dispositivos de base territorial devem ter como uma de suas prioridades de ação os projetos de desinstitucionalização de crianças e adolescentes internados em manicômios ou abrigos públicos, filantrópicos ou privados” (CNS, 2002: 58).

a palavra de sujeito, das crianças e adolescentes, sem tomar a palavra dos responsáveis no seu lugar. Situa-os assim, por princípio, como sujeitos de direitos e protagonistas de sua fala, sua demanda e também seus sintomas.

Outro ponto crucial para a consolidação desta política é a necessidade de construção constante de uma rede diversificada e comunitária de serviços de atenção à infância e juventude em contraposição à instituição total. Dentro dos pressupostos da Reforma Psiquiátrica, o CAPS se coloca como serviço estratégico da rede, sendo *um* ponto de atenção entre outros. Desse modo, não se trata de rede apenas como um conjunto concreto de serviços interligados, mas também e, principalmente, da aposta na potência desses pontos de atenção engendrarem o trabalho compartilhado, com o protagonismo dos trabalhadores, usuários e familiares, na direção da construção de redes afetivas, em que o próprio usuário vai tecendo seu itinerário terapêutico junto com sua equipe de referência.

A ideia de rede está diretamente ligada ao conceito de território, que não se restringe ao território geográfico, mas situa-se no campo das relações.

O território é tecido pelos fios que são as instâncias pessoais e institucionais que atravessam a experiência do sujeito, incluindo: sua casa, a escola, a igreja, o clube, a lanchonete, o cinema, a praça, a casa dos colegas, o posto de saúde e todas as outras, incluindo-se centralmente o próprio sujeito na construção do território. O *território é o lugar psicossocial do sujeito* (Brasil, 2005: 13).

Uma importante premissa é: a saúde não dá conta da saúde. Desenvolver ações intersetoriais também é apontado como princípio, já que um trabalho clínico não pode deixar de ampliar-se também dos portões para fora do serviço. Dessa forma, a rede inclui outros serviços de saúde, mas também outras agências sociais que atravessam a vida das crianças e jovens: escola, igreja, órgãos da justiça e da infância e adolescência, conselho tutelar, instituições de esporte, lazer, cultura, etc. Cada um destes espaços pode ser um ponto da rede de cuidados, a sustentar um projeto de vida. Os serviços de saúde mental infanto-

juvenil, nesta perspectiva, devem assumir uma função social, tendo uma maior atuação nos territórios em que habitam os sujeitos e possibilitando ações emancipatórias dos mesmos.

A rede de saúde mental infanto-juvenil é tão nova quanto seus destinatários, o que nos faz pensar que estamos num processo em que existem muitos desafios em sua tessitura. No estado do Rio Grande do Sul, cerca de 80% dos municípios tem menos de 15.000 habitantes e, portanto, não comportam as condições para a implantação de um CAPSi, de forma que os desafios ganham contornos peculiares. Nestes municípios pequenos, outros dispositivos de saúde mental foram implantados, tais como os Núcleos de Apoio à Atenção Básica (Resolução CIB 403/2011), Oficinas Terapêuticas (Resolução CIB 404/2011) e Núcleos de Apoio à Saúde da Família (Portaria GM/MS 2.48/2011). Assim, o modelo da rede também pode operar nos locais em que não há serviço especializado como o CAPS, a partir da potencialização da atenção básica.

A rede busca enfrentar a fragmentação nos processos de trabalho e a dificuldade de efetivar a intersetorialidade que o cuidado de crianças e adolescentes exige. Neste sentido, a articulação e efetivação do cuidado em saúde mental não depende essencialmente do CAPS, mas da articulação dos serviços envolvidos na tarefa de cuidar. A implicação das equipes, que compõem os pontos da rede, com os itinerários feitos pelos usuários no Sistema de Saúde e a sistemática da corresponsabilidade intersetorial são questões sobre as quais precisamos avançar no sentido de sua consolidação e aperfeiçoamento.

É fato que, apesar das diversas portarias, normas, resoluções, leis e políticas vigentes, o trabalho em Saúde Mental sempre será implementado de forma artesanal e não por decreto. Trata-se de um campo de disputa de modelos de cuidado, no qual a problematização da experiência direta com os usuários no trabalho em equipe pode produzir efeitos de reposicionamento ético dos profissionais e de reinvenção das práticas. Enquanto gestão estadual de Saúde Mental, estabelecemos um trabalho de

apoio institucional georreferenciado por macrorregiões como metodologia para ensejar estas transformações artesanais e micropolíticas.

O apoio institucional georreferenciado foi adotado como ferramenta para o incremento das Redes de Atenção à Saúde pela gestão da SES 2011-2014. Apoiar uma macrorregião ou região de saúde pressupõe fomentar e participar do planejamento, de agendas de educação permanente nos territórios e de avaliações constantes com vistas ao desenvolvimento de estratégias gerenciais, pedagógicas e matriciais que qualifiquem os processos de trabalho e, em consequência, a oferta de cuidados.

A gestão de casos foi uma das estratégias de educação permanente construída no bojo destas ações de apoio institucional para implementar o trabalho em rede e em linha de cuidado nas regiões de saúde. Trata-se da escuta das experiências e impasses das equipes, construindo a responsabilização por aquilo que está na sua governabilidade e estimulando ações inovadoras na produção dos planos terapêuticos singulares compartilhados pelos atores do cuidado em rede. Através do apoio institucional e da gestão de casos, pudemos acompanhar os principais impasses das equipes de saúde e, indiretamente, da assistência social, os quais, muitas vezes, se traduziam na dificuldade de ofertar cuidado nas situações de sobreposição entre vulnerabilidade social e sofrimento psíquico grave.

Assim, se no campo da atenção, as experiências apontavam para a necessidade de ampliar a clínica na direção do sujeito, dos laços sociais e do território, no campo da gestão não era diferente. Notávamos a necessidade de construir dispositivos de educação permanente para os trabalhadores, nos quais esta clínica ampliada¹³ ganhasse lugar de experiência e problematização. Com a aposta de que a implicação do profissional é fundamental para a transição de modelo, propusemos um espaço de troca de experiências, saberes e afetos em que se pudesse partir dos impasses do cotidiano para construir, de forma coletiva, tecnologias de cuidado em saúde mental na infância e adolescência.

13 Para uma aproximação específica ao tema da Clínica Ampliada, consultar "Clínica Ampliada e Compartilhada", publicação da Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão do SUS, do Ministério da Saúde, Brasília, 2009.

Dois dos casos levados à Coordenação Estadual de Saúde Mental pelos apoiadores institucionais georreferenciados mobilizaram a equipe de gestão a propor esse novo espaço de Educação Permanente para os trabalhadores da RAPS de todo o estado. Traremos, de forma breve, narrativas sobre ambos para, em seguida, abordarmos a metodologia do Espaço Ciranda, construída como efeito da experiência de apoio institucional e gestão de casos nos municípios.

Ciranda com Paulo

Por viver muitos anos dentro do mato
 Moda ave
 O menino pegou um olhar de pássaro
 Contraindo visão fontana.
 Por forma que ele enxergava as coisas
 Por igual como os pássaros enxergam.

Manoel de Barros

A história de Paulo, 14 anos, nunca foi levada ao Espaço Ciranda, mas foi, com certeza, uma das experiências de gestão de caso que mobilizou a SES na direção de sua criação. O caso chegara para a Coordenação Estadual de Saúde Mental quando se aproximava a alta do menino, internado pela terceira vez no Centro Integrado de Atenção Psicossocial (CIAPS) do Hospital Psiquiátrico São Pedro, em Porto Alegre, há cerca de 500 quilômetros de distância de seu município de origem.

As internações no CIAPS alternavam-se com uma série de outras que aconteciam nos hospitais gerais locais. A gestão municipal, entretanto, resistia em buscá-lo, em que pese o parecer da equipe da internação de que Paulo precisava, naquele momento, continuar seu tratamento na rede extra hospitalar, com articulação entre práticas pedagógicas, de saúde mental e de proteção social. A expectativa da gestão municipal, no entanto, era a de que o menino ficasse institucionalizado no CIAPS. “Toda a rede está com discurso fechado – contava o apoiador institucional da saúde mental de

referência para a macrorregião de saúde –, relatam diversos fatos para nos convencer de que o menino não tem possibilidade de cuidado e de que o único caminho é a institucionalização” (SIC).

Mas qual era, afinal, a história do menino? Paulo era filho de uma senhora conhecida na cidade por ter transtorno mental e de um senhor que, por possuir outra família, não assumira sua paternidade. A história de exclusão da mãe e a negativa do pai mostravam toda sua força de registro na subjetividade do menino. Paulo foi criado pela mãe nos primeiros anos de vida e depois pela avó, que alegava não ter mais condições de cuidar do neto. O menino carregava consigo as marcas de possíveis negligências e violências de parte de membros da família extensa e de pessoas da própria comunidade. “Sempre que questionamos a questão do possível abuso, dizem que não existem provas, portanto não podem ter certeza” – relatara o apoiador regional da SES. Mas de que abusos falamos? Talvez o mais ameaçador fosse mesmo o desamparo. As negativas de reconhecimento da paternidade e das violências cometidas na direção de Paulo somavam-se à convivência da população do pequenino município¹⁴, que não aceitava a ideia de seu retorno.

Paulo tinha deficiência intelectual e uma estruturação psíquica frágil que se apresentava na forma de confusões no reconhecimento dos limites entre o eu e o outro e na precariedade de seu repertório simbólico. Essas vulnerabilidades se traduziam, no cotidiano de sua circulação social, em uma imensa dificuldade de fazer laços, de aceder aos códigos compartilhados e de fazer parte da comunidade em que vivia. Os “fatos relatados” a que se referira o apoiador institucional da SES, que acompanhava o caso, compreendiam situações de agressividade e desobediência na escola. Paulo, algumas vezes, queria pegar o material dos colegas e levar para casa, o que a professora nomeava como “roubo” e manejava cobrando do menino que reconhecesse e acatasse as regras de convivência. Diante da reação negativa da professora ou dos colegas, o menino agredia fisicamente quem fosse o porta-voz do *não*.

¹⁴ A população do município era de cerca de três mil habitantes.

A negativa do outro se constituía como um impasse para Paulo, de modo que, por exemplo, quando lhe era negado entrar em algum lugar da comunidade, segundo relato da rede municipal, ele respondia jogando pedras nos vidros. A psicóloga que o acompanhava em oficinas do Centro de Referência da Assistência Social falava sobre Paulo desde outra perspectiva. Em seu relato, a forma de relação do menino com os objetos concretos na oficina parecia funcionar como um importante mediador das relações com as pessoas. Ela contava sobre a coleção de garrafas *pet* de Paulo, que coletava as garrafas na rua, levava consigo para o CRAS, as customizava nos encontros da oficina e, quando estavam prontas, ora pedia para levá-las para casa, ora optava por deixar no próprio serviço.

Do nosso ponto de vista, nos comportamentos do menino, tratava-se menos de tentativas de burlar regras ou causar dano ao outro e mais da maneira que ele conseguia enunciar uma pergunta precária sobre o contorno de si e do outro, um pedido franzino de levar parte do outro consigo e, em última instância, uma forma concreta de buscar o olhar e de pertencer. No entanto, a escola, a família, o médico da única Estratégia de Saúde da Família do município e os secretários de assistência social e educação insistiam na necessidade de institucionalizar o menino, de preferência em instituições psiquiátricas, para defender os demais moradores da cidade da ameaça que acreditavam que ele representava. A secretária da saúde era cobrada por não ter uma equipe de saúde mental. A equipe técnica do Centro de Referência da Assistência Social (CRAS), que demonstrava ter um vínculo genuíno com o menino, mostrava-se dividida e findava desacreditando na possibilidade de sustentar o acompanhamento de Paulo, já que se via só.

Tivemos vários encontros com a gestão municipal da saúde e da assistência social sobre a situação do menino, buscando alternativas. Envolvidos nestas ações de apoio estavam a coordenação regional de atenção básica, a coordenação regional da saúde mental, a assessoria técnica da assistência social do Estado daquela região, o apoiador institucional da

SES para a macrorregião e a própria coordenação estadual de saúde mental. Buscou-se, enquanto Estado, trabalhar como equipe intersetorial de apoio para a gestão do caso, inclusive no diálogo com o judiciário, que também acompanhava a situação.

Deixamos claro que a institucionalização em hospitais psiquiátricos não era possível, tanto do ponto de vista jurídico quanto da perspectiva terapêutica. Insistimos na importância de apostar na possibilidade de organização psíquica do menino, com a diminuição dos comportamentos agressivos e de risco, à medida que um Plano Terapêutico Singular fosse construído com a participação das redes de saúde, educação e assistência social, tendo como ponto de partida a necessidade de ressignificar a leitura criminalizante que se fazia de suas ações e personalidade para ajudá-lo a encontrar lugar nas relações com os outros – seja pela via concreta dos objetos mediadores, seja pela via humanizadora do resgate/construção de uma história/projeto de vida para Paulo.

Buscou-se apoiar e fortalecer a equipe do CRAS para o cuidado do menino, sugerindo uma maior aproximação entre a psicóloga e a escola na busca de alternativas para Paulo. Indicou-se que o município fizesse adesão ao financiamento estadual para a contratação de Acompanhante Terapêutico (Resolução CIB 234/2014) e para a implantação de Núcleo de Apoio à Atenção Básica - modalidade saúde mental (Resolução CIB 403/2011). Era necessário estruturar a rede do município para o acompanhamento do menino e de outras pessoas em sofrimento psíquico grave, que iam aparecendo no discurso dos trabalhadores e gestores municipais, à medida que transcorriam os encontros de apoio institucional e gestão de caso.

Enfrentamos a certeza da direção da escola, do médico da unidade de saúde e do secretário de assistência social quanto à impossibilidade da permanência do menino na cidade. Ouvimos críticas ferozes à lei da Reforma Psiquiátrica, a qual, segundo estes (principalmente na voz do médico), constituía o verdadeiro problema em questão, pois proibia a “internação permanente de um paciente perigoso, colocando em risco toda

uma comunidade” (SIC). Sofremos com o argumento derradeiro de que, se Paulo retornasse ao município, corria risco de ser morto, dado o rechaço da comunidade em decorrência de seu histórico de “agressões e desvios de conduta” (SIC).

O juiz acabou por determinar o acolhimento institucional do menino em um estabelecimento de proteção social especial, o que não encerrou a *via crucis*, uma vez que não havia serviços dessa natureza num raio de 250 quilômetros do seu município. Também não seria fácil encontrar acolhimento na assistência social, considerando os obstáculos conhecidos que se colocam na rede do Sistema Único de Assistência Social para crianças e adolescentes com diagnóstico psiquiátrico. Sobretudo, sabíamos que não seria possível encontrar lugar de moradia protegida para Paulo, antes de se construir alguma morada para o menino na subjetividade dos adultos que, em vez de protegê-lo, queriam proteger-se dele.

Ciranda com Vera

Sou fera, sou bicho, sou anjo e
sou mulher
Sou minha mãe e minha filha,
minha irmã, minha menina.
Cássia Eller

Vera, 15 anos, viveu em instituições de proteção social desde os três anos. Possui três irmãs, com quem viveu no abrigo da cidade vizinha: Camila, de 18 anos, Talita e Tamara, mais novas, e um irmão mais velho, atualmente preso. O pai de Vera era falecido; a mãe não tinha contato com a filha desde a institucionalização.

A menina foi transferida de instituição de moradia em duas ocasiões diferentes. Na primeira, para uma cidade da região missioneira, distante 400 quilômetros da cidade onde ficaram suas irmãs. Segundo os relatos da equipe do abrigo, apesar da distância, a irmã mais velha ia frequentemente visitá-la, de onde sempre retornava chorando. Vera teria iniciado uso de

drogas após sair desta instituição e retornar ao abrigo onde estavam suas irmãs. Na última destas transferências, a menina esteve institucionalizada em uma clínica psiquiátrica num município da região metropolitana e retornou novamente pois a clínica foi interditada pelo Ministério Público, em decorrência de inúmeras irregularidades sanitárias e violações de direitos humanos.

A equipe do abrigo relatou que Vera causava muitos transtornos e era “má influência para as irmãs”. No discurso do abrigo, a menina fica muito identificada à história de sua mãe, nas palavras dos técnicos: “uma andarilha que nunca conseguiu cuidar dos filhos” (SIC). Relataram também que a irmã Talita era muito ligada à Vera e havia tido “uma internação psiquiátrica por sua causa”. A desqualificação da mãe pelo abrigo, a colagem instantânea de uma história à outra e a desesperança da equipe na possibilidade de a menina ter um futuro diferente, assim como o argumento de que era preciso proteger as irmãs do perigo que Vera apresentava, chamou atenção dos apoiadores.

Também foram escutados os impasses da equipe do CAPS no acompanhamento de Vera. O prontuário continha poucos registros de atendimentos, com várias lacunas nas informações, sugerindo que a menina não foi acompanhada pela equipe de forma sistemática. Os profissionais desconheciam dados importantes sobre a história de Vera, por exemplo os motivos que levaram a sua primeira transferência de abrigo, ainda que a menina fosse paciente do CAPS na época. Relataram, no entanto, várias vezes, seu comportamento instável, que só se estabilizava no mês seguinte a uma internação psiquiátrica, o que justificava, tacitamente, o longo histórico de internações da menina. Enfatizaram bastante as dificuldades de Vera na adesão ao tratamento, iniciado em 2010, porém o serviço não realizava nenhum trabalho junto à equipe do abrigo, evidenciando, em seu modelo de atenção, que a clínica do individual prevalecia sobre a lógica ampliada da atenção psicossocial e dando mostras da importância de se promover espaços de educação permanente com foco no trabalho em rede.

A equipe técnica do abrigo demonstrava maior apropriação sobre a história de Vera, mas nenhuma aposta no cuidado da menina. Relataram que Vera tinha atitudes agressivas, principalmente, na direção da irmã mais velha, que saía do abrigo para casar-se. Contaram que Vera manifestava desejo de reencontrar a mãe, mas não reconheciam nisso, nem na agressividade da menina, nenhuma legitimidade. Referiram que sua estada no abrigo foi marcada por muitas fugas com este objetivo, nas quais Vera se colocava em risco e fazia uso abusivo de drogas.

Segundo as regras de funcionamento da instituição, como medida disciplinar e de proteção, a menina era proibida de sair. Entretanto, o que nem a equipe do abrigo nem a do CAPS consideravam é que o foco restrito na disciplina encobria as possibilidades de se trabalhar com a singularidade da menina. Buscar corrigir o comportamento, sem acolher suas motivações e a história de sua existência, calava o sujeito da experiência.

As múltiplas internações psiquiátricas e as transferências de instituições de proteção social demonstravam que os serviços responsáveis por cuidar da menina estavam reproduzindo a lógica de abandono que marcava sua história desde a primeira infância. Um plano terapêutico singular implicava essa leitura, entre outras, para nortear a construção de estratégias de produção da diferença. Demandava interromper o ciclo de exclusões, buscando garantir vínculos, identificar interesses e construir possibilidades de vida extramuros.

Para isso, não se tratava simplesmente de estabelecer a disciplina. Era preciso se aproximar, estar ao lado, suportar em alguma medida o comportamento de risco, reconhecer as potencialidades da menina e buscar alternativas de enlace com a cultura, a cidade. Era preciso acompanhar Vera dando conta da intensividade do cuidado, em abordagens como visitas domiciliares, atendimentos em cenários da vida cotidiana (também na rua), ações de redução de danos, acompanhamento familiar (escuta das irmãs), entre outros dispositivos de cuidado que poderiam inclusive ser sugeridos pela própria menina, à medida do fortalecimento do vínculo.

A equipe do CAPS, contudo, trabalhava a situação de Vera como uma questão de ordem puramente individual, relativa à doença. Não realizara nenhuma abordagem nem com os cuidadores da instituição, nem com a família, ignorando a importância do trabalho com a rede de apoio no território para a clínica da saúde mental coletiva. A fragilidade da equipe do abrigo para lidar com a complexidade da situação demandava apoio matricial sistemático da equipe de referência territorial em saúde mental (CAPS i). No entanto, este tipo de ação de trabalho em rede entre saúde e assistência social não fazia parte do escopo de ações daquele CAPSi, embora figurasse dentre as atribuições dos CAPS desde a publicação da Portaria GM/MS 854/2012, que estabelece os procedimentos a serem realizados na atenção psicossocial especializada com a implantação do Sistema RAAS¹⁵.

O trabalho de acompanhamento terapêutico também não era uma prática conhecida das equipes envolvidas, de modo que as atividades de vida diária de Vera, externas à moradia, sua relação com os riscos e suas possibilidades de socialização, não eram trabalhadas extramuros. Estas foram algumas das indicações técnicas feitas, pelas apoiadoras da gestão estadual, com o objetivo de construir uma linha de cuidado com Vera, criando espaços terapêuticos territoriais e realizando ações de articulação de rede para identificar e viabilizar estes espaços.

A direção do abrigo foi resistente às sugestões feitas pelos apoiadores da SES, mostrando-se irredutível em sua decisão de não permitir a permanência de Vera na instituição. O destino da menina dependia naquela ocasião e mais uma vez da posição de um juiz, o qual, diante das impossibilidades postas pelas equipes, decidira escutar a menina. Vera pede então para viver com a tia em sua cidade de nascimento, por onde ainda “andarilhava a mãe”, segundo diziam alguns.

O retorno da menina à cidade natal alertara a rede do pequeno município e a própria prefeita da localidade sobre os desafios que se

15 A Portaria SAS/MS 854 instituiu o Sistema RAAS como novo modo de registro da produção dos CAPS. Altera e cria os novos procedimentos com a finalidade de qualificar o processamento e o monitoramento da produção da atenção psicossocial estratégica, definindo com maior clareza o modelo de atenção que se quer vigente neste componente da atenção.

colocavam para o cuidado de Vera. Muitos ali conheciam sua história, de seus irmãos, de sua mãe. Como acolher esse retorno? Como ofertar cuidado nessa nova situação que se desenhava? Como ajudar a menina a construir seu caminho?

Houve quatro encontros de gestão de caso sobre o acompanhamento psicossocial de Vera. O primeiro deles com a equipe do CAPSi; o segundo com as equipes do abrigo e do CAPSi juntas; o terceiro, alguns meses depois, com a prefeita da cidade de origem de Vera e a equipe de saúde mental (Núcleo de Apoio à Atenção Básica – modalidade saúde mental) que recém se implantara no município; e o quarto, em um dos encontros do Espaço Ciranda, com esta mesma equipe, já na condição de equipe de referência do caso.

A reunião com o NAAB e a prefeita revelou algumas surpresas e abriu paisagens possíveis para o cuidado. A assistente social do NAAB conhecia Vera desde pequena, pois trabalhava no conselho tutelar quando a mãe da menina perdeu o pátrio poder em relação aos filhos. Tinha afeto pela menina e se questionava, até aqueles dias, se a decisão de retirar os filhos da mãe teria sido a melhor decisão a ser tomada naquela época. Construía em determinado momento a hipótese de que a perda dos filhos foi agravante do transtorno mental da mãe.

A psicóloga da equipe, por outro lado, não conhecia Vera, nem sua história, nem sua família. Diante do caso, assumira uma posição pela qual o desconhecimento operava menos como motivo de paralisia e mais como motor da ação sob a ética da abertura ao outro. A prefeita, corajosa ao apresentar suas dúvidas, atentava às nossas sugestões para a acolhida da menina. Um território ia se tecendo para a chegada de Vera.

As interrogações, as dúvidas e o desconhecimento das três mulheres abriam a fresta necessária para permitir, à Vera e àquela rede de cuidados, uma chance de reescrita. No andamento do trabalho, a história de Vera é levada ao Espaço Ciranda: desta vez, é a equipe do NAAB, e não a menina, quem enfrenta as centenas de quilômetros de estrada, em busca de possibilidades para Vera.

Ciranda dos trabalhadores

A mãe reparou que o menino
gostava mais do vazio
do que do cheio.
Falava que os vazios são maiores
e até infinitos.

Manoel de Barros

Em abril de 2014 teve início o Espaço Ciranda, proposto pela Coordenação Estadual de Saúde Mental, Álcool e Outras Drogas, voltado a trabalhadores da rede setorial e intersetorial de todo o Estado. Através da discussão de casos clínicos de crianças e adolescentes, propôs-se hora e lugar para (re)pensar modos de cuidado e formas de assegurar à criança e ao adolescente o lugar de enunciação e singularidade. O nome, Espaço Ciranda, traz à tona a roda, o girar, a circulação. “A Ciranda [é] na nossa cultura uma manifestação musical que funde diferentes linguagens (canto, dança, palavra) e aciona instâncias racionais e sensíveis de seus participantes, constituindo-se em uma manifestação de congraçamento e alegria, individual e coletiva” (Loureiro, Lima, 2012). Remete à ciranda infantil que, ao associar tradição, música e movimento, proporciona à criança uma experiência de incorporação da cultura e de pertencimento social.

A ideia era escutar o fazer cotidiano dos trabalhadores, captar seus “ruídos, neste lugar onde se aposta no novo, mas se está diante da permanente tensão entre o novo e o velho (Merhy, 2004)”. Abria-se um espaço de compartilhamento onde, como refere Merhy (2004), a alegria seria tomada como “indicador da luta contra a tristeza e o sofrimento, a que são submetidos todos os coletivos de trabalhadores da saúde”. Fazer roda, cirandar a escuta, circular a palavra, girar as perspectivas do olhar, retornar ao ponto da tristeza na borda da alegria e desdobrar as possibilidades. “Na dobra tristeza/alegria”, podem estar algumas chaves analisadoras dos processos de trabalho (Merhy, 2004). Era disso que precisávamos também, enquanto gestores e apoiadores institucionais: encontrar, na dobra tristeza/alegria, as condições de leitura

necessárias à continuidade do projeto de implementar as políticas públicas para atenção integral à infância e adolescência.

De comum às rodas: o girar que afeta o outro, que afeta outro e assim por diante. No Espaço Ciranda, havia sempre um convidado (também trabalhador da rede de saúde mental), que participava como mediador da discussão do caso. Como um cirandeiro, que sustenta e faz girar a roda com sua palavra, o mediador tinha a função de facilitar a emergência de questões sobre o caso entre os participantes. Neste espaço, circulava também a posição do cirandeiro, a cada encontro e dentro do espaço de um mesmo encontro, à medida que o compartilhamento das experiências conferia a autoridade da pergunta e do comentário a todos aqueles que se afetassem com as histórias de vida e de vínculos que por ali circulavam.

Notou-se que a construção ampliada do caso era uma experiência era nova para a maioria dos trabalhadores. Nos encontros, que tinham lugar em uma das salas de aula da Escola de Saúde Pública do RS, o primeiro exercício foi o de suportar escutar os casos até o final, pois era comum que uma avalanche de comentários e críticas alarmadas inflasse a roda de tristeza e indignação. O segundo movimento que mostrou sua pertinência, foi o de dar contorno aos afetos provocados, abrindo espaço para rodadas de perguntas, percepções, estranhamentos. Seguindo o horizonte de Merhy, era preciso acessar as pessoas, as relações, os afetos, para repensar as práticas e inventar o novo a partir do vivido.

Não raras vezes, as soluções para os casos surgiam ligadas à construção de uma rede formal de serviços e ou à contratação de novos profissionais, que eram precedidas pela verificação das insuficiências do sistema. É fato que alguns casos tinham como pano de fundo a precariedade estrutural da rede, contudo, o foco neste problema, aliviava a dor de todos e nos eximia de pensar os possíveis partir dos caminhos que se apresentavam à escuta dos casos.

Muitas histórias que circularam e foram escutadas no Espaço Ciranda, assim como as de Paulo e Vera, associavam sofrimento psíquico grave na

infância ou na adolescência e experiências ou demandas de institucionalização. Assim, a necessidade de tramar a rede de proteção social à rede de saúde e de aquecê-las para o trabalho em território se fez ouvir inúmeras vezes naquele espaço. Quando os desalinhavos e furos da rede apareciam, no tecido dos casos trabalhados, era preciso escapar à armadilha da responsabilização do outro, construindo hipóteses sobre a teia de implicações, responsabilidades e encontrar as possibilidades de costura.

Encontros mensais ocorreram ao longo do ano, até a troca de gestão, com a entrada de uma coordenação estadual publicamente contra a luta antimanicomial e a favor da revisão da lei estadual da Reforma Psiquiátrica. A violência dos discursos sobre Paulo e Vera marcaram profundamente nosso percurso na Coordenação Estadual de Saúde Mental. Paulo e Vera, de algum modo, estiveram presentes em todos os encontros do Espaço Ciranda e seguirão presentes em nossas próprias vidas, nos lembrando das nossas fragilidades. Sem dúvida, também estarão conosco para nos dar coragem de enfrentar os obstáculos constituintes do nosso trabalho e da nossa luta por uma sociedade sem manicômios.

O Ciranda nascera e se sustentara na aposta de que o trabalhador de saúde, ao narrar sua trajetória com o usuário, fala de uma posição em que não é mais possível separar clínica política, indivíduo e sociedade, psíquico e social. Se a saúde mental é um campo voltado para as subjetividades e se estas, por sua vez, se produzem, no processo coletivo, torna-se impossível separá-los. O campo da Saúde Mental Coletiva convoca a um:

Processo construtor de sujeitos sociais desencadeadores de transformações nos modos de pensar, sentir e fazer política, ciência e gestão no cotidiano das estruturas de mediação da sociedade, extinguindo e substituindo as práticas tradicionais por outras capazes de contribuir para a criação de projetos de projetos de vida (Fagundes, 1995: 60).

Assim, o Espaço Ciranda existiu como um lugar potente de Educação Permanente em Saúde, onde o princípio ético da inseparabilidade entre clínica e política se atualizou infinitas vezes. Neste sentido, configurou-se como um espaço vivo de produção de outros modos de sentir, pensar e fazer clínica e política. Que tenhamos coragem e sensibilidade para seguir potencializando as cirandas em defesa da vida.

Referências:

- Brasil. Estatuto da Criança e do Adolescente. Lei 8.069 de 13 de julho de 1990. Brasília; 1990.
- Brasil. Ministério da Saúde. Caminhos para uma Política de Saúde Mental Infanto-juvenil. Brasília; 2005.
- Brasil. Ministério da Saúde. Clínica ampliada e compartilhada. Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão do SUS. Brasília: Ministério da Saúde; 2009.
- Brasil. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS Nº 2.488 de 21 de outubro de 2011. Política nacional de Atenção Básica, para estratégia de Saúde da Família (ESF) e o programa de agentes comunitários de saúde (PACS). Brasília: Ministério da Saúde; 2011.
- Brasil. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS Nº 854 de 22 de agosto de 2012. Estabelece os procedimentos a serem realizados na atenção psicossocial especializada com a implantação do Sistema RAAS. Brasília: Ministério da Saúde; 2012.
- Conselho Nacional de Saúde. Comissão Organizadora da III CNSM. Relatório Final da III Conferência Nacional de Saúde Mental. Brasília, 11 a 15 de dezembro de 2001. Brasília: Conselho Nacional de Saúde/Ministério da Saúde; 2002.
- Fagundes S. Exigências Contemporâneas. Saúde Mental Coletiva. 1995; 2(2):2-4.
- Loureiro M, Lima SRA. As cirandas brasileiras e sua inserção no ensino fundamental e nos cursos de formação de docentes. DaPesquisa. 2012 7(9):393-410.
- Mehry EE. (2004). O CAPS e seus trabalhadores: no olho do furacão antimanicomial. Alegria e alívio como dispositivos analisadores. Disponível em: <file:///Users/karolveigacabral/Downloads/alegria%20e%20alivio%20nos%20CAPS%20emerson.pdf>
- Rio Grande do Sul. Secretaria Estadual de Saúde. Comissão Intergestores Bipartite Nº 403 de 3 de outubro de 2011. Institui os Núcleos de Apoio à Atenção Básica (NAAB) – Saúde Mental dentro da Política Estadual de Atenção Básica. Porto Alegre; 2011.
- Rio Grande do Sul. Secretaria Estadual de Saúde. Comissão Intergestores Bipartite Nº 404, de 3 de outubro de 2011. Institui o Incentivo Financeiro Estadual para Implantação pelos Municípios de atividades educativas – modalidade oficinas terapêuticas. Porto Alegre; 2011.

Rio Grande do Sul. Secretaria Estadual de Saúde. Comissão Intergestores Bipartite Nº 234 de 12 de maio de 2014. Institui o Incentivo Financeiro Estadual para Implantação de Composições de Redução de Danos em âmbito municipal, nas modalidades intersetorial e de equipe. Porto Alegre; 2014.



Aproximações e reflexões no encontro entre a residência multiprofissional em saúde e a gestão em saúde

Fabiana Minussi Lopes
Giovanni Francioni Kuhn
Luiza Figueiró Petry
Juliana Tavares Ferreira

Contextualizando a Residência e a Gestão em Saúde

Ao iniciarmos uma reflexão sobre o processo de formação em Residência Multiprofissional em Saúde (RMS), tendo como cenário de prática a Gestão de Saúde e, neste caso, mais precisamente um Departamento de Ações em Saúde que abarca uma diversidade de Políticas Públicas de Saúde (Saúde Mental, Álcool e outras drogas, Saúde Prisional, Saúde da População Negra, Atenção Básica, entre outras), se faz necessário contextualizar o surgimento da Residência Multiprofissional em Saúde e o que estamos compreendendo por Gestão em saúde, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS).

Após um período de mais de 20 anos de luta pela universalização do direito à saúde no Brasil, conhecido como movimento da Reforma Sanitária Brasileira, tivemos a consolidação do SUS na Constituição Federal de 1988. Esse movimento trazia como bandeiras a luta por saúde e democracia, e contou com a mobilização e engajamento de diversos setores da sociedade. Foi na VIII Conferência Nacional de Saúde, considerada um marco na discussão sobre políticas públicas no país, que os trabalhadores, usuários e demais participantes conseguiram encaminhar propostas que, posteriormente, tornaram-se parte integrante do texto da Constituição Federal de 1988. Um dos itens na Constituição traz que “ordenar a formação de recursos humanos na área da saúde” é uma competência do Sistema Único de Saúde brasileiro. E um dos meios de incidir sobre isso era modificar a formação dos trabalhadores de saúde do país, tanto nos níveis técnicos,

de graduação e de pós-graduação, e é neste último que as Residências em Saúde se encaixam e ganham um enorme papel e importância.

Experiências nesse sentido já haviam surgido na década de sessenta como modalidade de ensino e cursos teórico-práticos multiprofissionais, mas somente alguns anos mais tarde, na década de setenta, surgiu a primeira Residência Multiprofissional em Saúde formalmente instituída: a residência da Unidade Sanitária São José do Murialdo, na cidade de Porto Alegre (Martins et al, 2010). Esse período foi de efervescência nas discussões e criações de novos programas, porém nas décadas de oitenta e noventa não tivemos investimentos significativos nessa área, indicando um desaquecimento da discussão. Todavia, se retoma com forte ímpeto nos anos 2000, até que, em 2005, tivemos uma regulamentação específica nessa área de formação em saúde para o SUS, com a Lei Federal N° 11.129, e até os dias atuais, com uma série de Portarias Interministeriais (Ministério da Saúde e Ministério da Educação) que regulamentam as Residências em saúde (Abib, 2012).

A Residência Multiprofissional em Saúde é uma modalidade de ensino em serviço e tida hoje em dia como um curso *lato senso* de pós-graduação. Caracteriza-se principalmente por ser teórico-prática (80% da carga horária em serviço e 20% em aulas e demais conteúdos teóricos), e traz em sua essência a superação do modelo médico-centrado nos serviços de saúde, contrariando ideais como o da saúde ser unicausal, ou seja, apenas a ausência de doenças (manifestação meramente biológica). Segundo Ferla e Ceccim (2003), os programas de RMS foram construídos para desencadear processos de formação que proporcionassem a humanização, o acolhimento, a responsabilização com o usuário, a autonomia, a equipe multiprofissional, a integralidade e a resolutividade nos serviços de saúde.

Assim, a proposta da Residência Multiprofissional em Saúde, sem dúvida alguma, inaugura no campo da saúde coletiva, novos modos de pensar e agir em saúde, que se baseiam na educação permanente em saúde e no trabalho em equipe e interdisciplinar, numa aposta na interação entre

educação-trabalho-cidadania. O que nos leva a pensar que, para a área da saúde, a formação não apenas gera profissionais que possam ser absorvidos pelos postos de trabalho do setor, mas que possam empreender um trabalho de escuta, artesanal, em que a interação entre o profissional de saúde e o usuário é o que vai determinar a qualidade da resposta assistencial. A área da saúde requer educação permanente. A educação permanente parte do pressuposto da aprendizagem significativa, que promove e produz sentidos, e propõe que a transformação das práticas profissionais deva estar baseada na reflexão crítica sobre as práticas reais de profissionais reais em ação na rede de serviços (Haddad, Roschke, Davini, 1994). Portanto, os processos de qualificação dos profissionais da saúde deveriam ser estruturados a partir da problematização do seu processo de trabalho (Ceccim, Feuerwerker, 2004).

Por outro lado, quando falamos de gestão em saúde, estamos partindo de uma gestão que tem como base a democratização das relações e dos processos de trabalho, que atua na lógica da coordenação dos processos e não do controle e do mando, que dispara processos de cogestão¹⁶ na implementação de Colegiados Gestores e de Apoio Institucional, e que tem por desafio agenciar desejos e saberes dos usuários, dos próprios gestores, dos trabalhadores e da formação em saúde. Em suma, que se mantém coerente com os ideários da Reforma Sanitária Brasileira, reforçando a participação e mobilização de gestores, trabalhadores e usuários, num intenso campo de disputas políticas e técnicas que envolvem o saber e a práxis em saúde (Cunha, Campos, 2010).

Nesse sentido, Campos (2010) inaugura uma discussão desafiadora para o campo da gestão em saúde, o de superarmos o modelo Taylorista baseado no controle, hierarquia e métodos, para a concepção de artesanato. Cabral (2010) defende a ideia do trabalho em saúde como artesanal na medida em que este trabalho deva ser sempre promotor de encontros, em

¹⁶ A cogestão é, assim, uma forma de produção de democracia, porque possibilita que a maioria dos trabalhadores pense e interfira na organização dos modos de trabalhar. Além disso, a cogestão permite reaproximação do trabalhador com sua própria obra, que é sempre coletiva, derivada de um complexo arranjo de componentes e de organização do trabalho. Pensamos, portanto, o apoio como uma função exercida em coletivos, com equipes que compartilham situações de trabalho não raro muito densas, duras, e que demandam suporte de alguém que ajude a pôr os processos naturalizados em análise. (Paulon, Pasche, Righi, 2014: 817).

que o lugar da palavra, tanto do cuidador, como daquele que é cuidado, esteja garantida. O que se nota nos processos de atenção é que o tempo reduzido diminui a dimensão da palavra, focando-se em processos mais objetivos e técnicos, mas a aposta é que somente quando a palavra está em jogo é que se pode colocar a percepção a serviço desta relação. Neste sentido, acreditamos que assumir a indissociabilidade entre gestão e clínica, numa composição de saberes e práticas, que considera o usuário na comunidade, os trabalhadores no cotidiano dos serviços, a produção de saberes acadêmicos sobre saúde e os espaços de gestão é fundamental, operando numa lógica de apoio e corresponsabilização de pactuações possíveis naquele momento, de negociação de contratos e compromissos sempre provisórios. Dessa forma, a artesanaria vem no sentido de abarcar a complexidade de se pensar a gestão-clínico-política em saúde no intuito de contemplar os princípios de integralidade, universalidade e equidade do SUS.

A vivência da Gestão em Saúde Mental a partir de um “estar residente”

Realizados os devidos esclarecimentos quanto ao contexto da Residência Multiprofissional em Saúde e de como compreendemos a gestão em saúde, nos lançamos a questionar e refletir, mais especificamente, sobre como se deu o processo de formação em Residência Multiprofissional em Saúde Mental Coletiva na Coordenação Estadual de Saúde Mental, Álcool e Outras Drogas no ano de 2014, uma vez que esse cenário de práticas acolheu dois Programas de Residência com a mesma ênfase: saúde mental coletiva.

A Saúde Mental Coletiva é um

[...] processo construtor de sujeitos sociais desencadeadores de transformações nos modos de pensar, sentir e fazer política, ciência e gestão no cotidiano das estruturas de medicação da sociedade, extinguindo e substituindo as práticas tradicionais por outras capazes de contribuir para a criação de projetos de vida. (Fagundes, 2009: 60)

Assim, é baseado neste conceito que a proposição da inserção da RMS no campo da gestão se fez, indo ao encontro da ideia de Educação Permanente, que visa à transformação do trabalhador no próprio ato do trabalho. A possibilidade de experimentar os modos de fazer política pode ser transformadora de todo fazer em saúde. A noção de um Estado fiscalizador da execução de Políticas Públicas, bem como a ideia de cobranças técnicas e burocráticas foram saindo de cena com a vivência neste campo. A imaginariade da função do Estado eminentemente fiscalizadora caiu por terra quando nos deparamos com o modo de pensar e fazer política neste contexto. A organização das ações por macrorregional, com grupos compostos por representantes de diversas políticas para Apoio Técnico e Institucional às macrorregiões formaram um arranjo de base sólida para o compromisso ético e político com a saúde no território gaúcho.

Assim, compreendendo a gestão estadual de saúde como um espaço importante de formação em saúde mental coletiva, salientamos a relevância da aposta, por parte de alguns programas de RMS, nesse cenário de práticas. A gestão se justifica como espaço estratégico de formação para o SUS, uma vez que precisamos formar gestores que operem superando a dicotomia entre formação e execução das políticas. E desse modo operar a própria integralidade na gestão em saúde, pois quando introduzimos ou induzimos movimentos inusitados, abrimos brechas para repensar, refazer gestão cotidiana no SUS.

Pensando em possibilidades de agenciar e disparar movimentos inusitados a partir da gestão de saúde, percebemos que a simples circulação da Residência nesse locus gestor, pode servir

[...] para que nos afastássemos dos “pontos finais” do trabalho em saúde ou dos “pontos de exclamação”, uma reafirmação: “ponto e basta”, e cada vez mais colocássemos “pontos de interrogação” sobre o fazer profissional? Se forem pontos de interrogação, que estejam atentos aos signos do cuidado em saúde, que nos deixem desconfortáveis! A que resultados imprevisíveis adviriam? Que a dúvida nos faça compartilhar com aquele a quem cuidamos esta incerteza do que é o melhor cuidar. (Dallegrave, 2014: 17).

A partir disto, nos questionamos de quem a gestão cuida, para quem é endereçado o seu trabalho, tendo como uma possível resposta: os trabalhadores dos serviços, e no caso do Rio Grande do Sul, as Coordenadorias Regionais de Saúde¹⁷ e, conseqüentemente, os próprios usuários. Entendendo isso, foi nos oferecido a possibilidade de atuar ou simplesmente, de se aproximar de um modo fértil de fazer gestão: o Apoio Institucional (AI). O AI “almeja mais do que adaptar e moldar Sujeitos”, mas problematizar e apontar possíveis saídas para essa forma alienante da organização taylorista do trabalho, onde uns pensam e outros executam (CAMPOS, 2000, p. 85). Busca também superar essa posição de que gestão é sinônimo de fiscalização e cobrança, indo para além disso, sendo parte constituinte e integrante do processo de trabalho, sendo parceira e apoiadora do trabalho desenvolvido nos serviços.

Ou seja, segundo Paulon, Pasche e Righi (2014: 816) “[o] apoio é tecnologia para ampliar a democracia institucional” e implica uma maneira inovadora de se relacionar com os apoiados e de se fazer gestão, pois busca atuar provocando grupalidades, no fomento de Coletivos organizados de produção de saúde. Nesta perspectiva, Ceccim nos fala que

quando nos referimos a um coletivo organizado, não estamos falando dos trabalhadores individualmente e nem da sociedade dos trabalhadores, mas de agrupamentos articulados por um fim. Um coletivo organizado, entretanto, não configura necessariamente uma unidade, ele não é um organismo, mas um dispositivo. Não se propõe como um espírito de corpo ou em um fisiologismo, mas em produção de encontro, de intercâmbio de provocações, de alteridade. O que da organização ao dispositivo coletivo organizado, não é a identidade entre seus membros, mas seu objetivo de produção. (Ceccim, 2005)

O Apoio Institucional como ferramenta de gestão requer também a cogestão e não existe uma coordenação única, mas sim pactuações

¹⁷ As Coordenadorias Regionais de Saúde são unidades descentralizadas da SES, que reproduzem em nível Regional, toda a representatividade das áreas e setores da SES, e exercem diversas funções, tais como: apoio logístico, apoio administrativo, apoio técnico e governança regional e articulação interfederativa. Fonte site da Secretaria Estadual da Saúde do RS.

e corresponsabilização com todos os atores envolvidos no tema ou área a ser apoiada, produção de análise crítica e reflexiva, trazendo à tona contradições, no intuito de manejar isso no grupo. Para ofertar essa ferramenta é necessária uma contratualização que diz da forma como se caminhará, quantos encontros (longitudinalidade), frequência (mensal, semanal, etc), quem precisa estar presente para sustentar as pactuações, e diversas outras questões que vão surgir da realidade específica de cada processo de apoio.

Nesse um ano de aproximação intensa com a gestão estadual de saúde, outra questão que nos “salta aos olhos” é que a residência não é só trabalho, nem só formação, que o residente é trabalhador e estudante ao mesmo tempo, que o preceptor é profissional e professor, tudo misturado (Dallegrave, 2014). Estar inserido em dois cenários de prática ao mesmo tempo, tendo os turnos de trabalho semanais divididos entre estar na gestão e estar na atenção nos possibilitou uma potente e instigadora visão do todo, da integralidade do cuidado, do caminho percorrido até chegar no usuário, dando sentidos ao que se oferta no território e podendo fazer o caminho inverso. Paramos de responsabilizar a gestão e o usuário (que não adere ao tratamento) e passamos a compreender que o nosso trabalho não pode estar fortemente amarrado a normas, prescrições, protocolos e burocracias, mas ao mesmo tempo, precisamos compor isso com a realidade dos usuários, acrescentando leveza e solidariedade a esse processo de gestar, de cuidar em saúde.

Para Ceccim (2006: 276), se trata “não de uma mescla ou interseção, mas de uma relação necessária entre dois termos que surge como exterior aos mesmos”. Esse estar na zona de fronteira de serviços, entre a gestão e a atenção, nos permite relativizar os lugares e não julgá-los (na perspectiva de culpabilizar ou de desresponsabilizar), passando para uma ação onde o olhar generoso pondera, a escuta acolhe e a atuação passa a ser pautada pela ordem da inventividade e da experimentação de possíveis respostas para a resolução de problemas enfrentados no dia a dia do trabalho em saúde.

Vindo ao encontro disso, Ricardo Ceccim (2006) vai ressaltar que “na saúde mental, como em outras áreas de especialidade profissional, o conhecimento não se restringe à produção no seio das profissões e suas especializações, ocorrendo fartamente, inclusive, no embate que se estabelece entre esses saberes, produtor de superior conhecimento e novidade epistemológica”. Assim, pensando numa residência que tem como ênfase a saúde mental coletiva, a aposta na gestão de saúde mental como um cenário de ensino-aprendizagem é totalmente coerente, quando pensamos que a saúde mental, sua produção de saberes e práticas, se dá no encontro entre gestão e atenção, que ora é tenso, ora é de composição com outros conhecimentos, outras áreas.

Algumas de nossas experiências na gestão trouxeram ingredientes importantíssimos para se pensar o próprio trabalho no campo, a clínica-política, o cuidado em liberdade e a efetivação da Rede de Atenção Psicossocial – RAPS. Também ao acompanharmos a criação de estratégias de incentivo para fortalecer a redução de danos como diretriz ética e estratégia de cuidado em saúde. Estivemos neste campo quando se efetivou a proposta de Composições de Redução de Danos (RD) nas modalidades Intersetorial e de Equipe, vinculadas a Atenção Básica (ver Resolução 234/14 CIB-RS). Para além dessas ações de financiamento em Redução de Danos, pudemos participar do debate e colocar em análise o tema, olhando o que os municípios e suas redes já agenciam enquanto RD, o que se efetivou especialmente na organização de sete Encontros Macrorregionais de Redução de Danos por todo o Estado.

Paralelo ao disparo desses processos intensos de educação permanente em saúde, com foco na RD, eis que surgem alguns incômodos/inquietações e muitas perguntas, principalmente por parte dos residentes, o que se materializa na dificuldade em expor, interrogar a redução de danos – tema este que, um dia, já foi estranhado por todos nós. A dificuldade residiu no fato de que nós residentes não participamos dessa construção e da discussão do como fazer, para dar sentido e significado ao trabalho que nos foi solicitado integrar. O residente entra nesse espaço estabelecido,

já em um intenso movimento, e a gestão, na sua pura intensidade tempo-espaço, convoca/convida os residentes a entrar nessa lógica de trabalho frenético, de produção e entrega intensas. Disso destacamos o desafio de compor tempos, de “abrir espaços”, provocar “paradas” na gestão, nas equipes para interrogar: O que e como estamos fazendo? Que práticas mesmo queremos induzir? A partir de que ideologia estamos atuando? Como os trabalhadores estão sentindo e respondendo a nossa atuação?

Outra questão que serviu de aprendizagem, a partir da organização e participação nos encontros de Redução de Danos, foi repensar, durante o processo no desafio de dar a palavra ou de levar a palavra. Acreditamos que ora levamos e ora abrimos espaço à palavra, mas o que ficou desses encontros, foi a possibilidade de ressignificar a RD, ao seu modo, em cada território, a partir daquilo que fez e faz sentido, dando visibilidade ao que já se faz na lógica da RD como diretriz de cuidado e ao que precisa ser redesenhado. Acreditamos que a questão não é se os territórios estão fazendo RD, se tem composição de RD, mas sim onde eles identificam que estão operando a RD, e a partir disso produzir interrogações conjuntas (gestor, trabalhador, usuário, formação) que levem a pensar a ampliação e aplicabilidade dessa diretriz em outros espaços desse território.

Voltando a atenção para o processo vivido junto à equipe, podemos refletir que a tentativa de operar como um Colegiado Gestor, fez emergir uma certa dificuldade em se autorizar a fazer ou dizer algo quando se está num lugar como esse, de gestor. Esse emergente traz à tona, o quanto estamos acostumados a esperar, que alguém, o chefe ou o coordenador, nos diga o que fazer e como fazer. A autonomia é muito difícil de ser exercida num espaço muito intenso de produção de sentidos, de disputas e tempos na gestão. Para fazer acontecer um processo de colegiado gestor é preciso muita dedicação para fomentar a circulação dos afetos, das palavras, a responsabilização e a autonomia, através da aposta em processos grupais sistemáticos para refletir se é isso mesmo que a equipe deseja e se faz sentido para todos desencadear essa lógica de estar e fazer gestão.

Com a micro equipe do Núcleo de Desinstitucionalização, nos foi possibilitado, através do compartilhamento de experiências e de algumas atuações pontuais, compreender esse corpo gestor na radicalidade da aposta e da disputa do cuidado em liberdade na cidade/comunidade. No gerenciamento de redes possíveis no território aprendemos sobre acolher cidadãos institucionalizados há muito tempo, através de discussões de casos acionando Ministério Público, Assistência Social, saúde e família ou comunidade, de inúmeras visitas ao território e do acompanhamento intensivo e longitudinal de adaptação ao novo lar.

Ainda nessa aproximação com o processo de desinstitucionalização, pudemos nos experimentar no trabalho vivo em ato¹⁸, na tessitura de uma delicada rede entre saúde e Ministério Público, para compartilhar e discutir a rede de saúde mental ofertada pelo SUS, os casos (processos que chegam à Justiça e que têm relação direta com a saúde mental), a importância de efetivar o fechamento dos manicômios, instaurando processos de desinstitucionalização, e a implantação efetiva da RAPS, como resposta e ponto importante de sustentação para questionar o uso indiscriminado da internação compulsória como primeiro ato de “cuidado” em saúde mental, principalmente nos casos de álcool e outras drogas e para justificar que existe uma proposta viável de retaguarda para a crise.

Desse encontro emergiu também uma importante discussão sobre o que entendemos por internação compulsória. Para alguns trabalhadores, o termo compulsória indica periculosidade, remete à privação de liberdade, assim se usaria essa internação para casos em que o usuário apresenta risco para a sociedade, sendo que a determinação da internação é feita pelo juiz competente que levará em conta as condições de segurança do estabelecimento, quanto à salvaguarda do paciente, dos demais internados e funcionários. Já outros trabalhadores sinalizam que a discussão da internação compulsória não envolve avaliação de grau de periculosidade

18 Trabalho vivo em ato segundo Merhy e Franco (2003) é pautado pelo trabalho mais relacional, pela aposta na inventividade e produção de autonomia, na troca entre trabalhador e usuário, buscando romper com a lógica prescritiva da atividade assistencial.

que o indivíduo em questão apresenta, mas o que acontece cotidianamente é a confusão entre internação involuntária e internação compulsória. A Lei 10.216/2001 diz que a internação compulsória será determinada pela justiça e a internação involuntária é aquela que se dá sem o consentimento do usuário e a pedido de terceiro. Esse a pedido de terceiro, geralmente, se dá pela família, que aciona a Justiça ou vai direto ao serviço de saúde. Quando a Justiça é acionada, é que acontece a confusão e acaba-se esquecendo que quem pediu inicialmente a internação foi a família e não a Justiça, essa última está apenas garantindo o desejo da família, se assim o laudo médico apontar a real necessidade de internação.

Dessa discussão reverberou ainda, uma segunda questão: o uso indiscriminado da internação compulsória em casos de álcool e outras drogas e de pessoas em situação de rua, que aparece tanto na Saúde, quanto na Justiça. Trabalhadores de saúde e juízes acabam acreditando e entendendo que, nessas situações, a única ou primeira alternativa é a internação. O que acabamos presenciando hoje é a banalização de um, entre tantos possíveis recursos terapêuticos em saúde mental, sendo que a mídia, o medo e, muitas vezes, o preconceito acabam induzindo famílias, setores públicos e a própria sociedade a generalizar e impor essa ação a todas as pessoas que tiverem envolvimento com álcool e outras drogas ou se encontram em situação de rua. Vale ressaltar que existem graus de desorganização e de comprometimento devido ao uso, e que é a partir disso, do acolhimento e do desejo do usuário que se estabelecerá um projeto terapêutico singular, uma possível internação nesses casos não é ignorada, mas não será a base central para uma proposta de cuidado.

Por fim, destacamos algumas reflexões em relação à clínica e aos dispositivos ofertados em saúde mental para a infância e adolescência, uma vez que a aproximação com esse cenário nos convocou a pensar as práticas discursivas que constituem o campo da clínica/política da saúde mental infanto-juvenil, fazendo com que nos interrogássemos sobre as políticas públicas, as práticas e os dispositivos clínicos que constituem

esses equipamentos, destinados ao público infantil e jovem. Dessa maneira, juntamente com alguns trabalhadores da equipe da Coordenação Estadual de Saúde Mental, Álcool e outras Drogas, passamos a compor e organizar o Espaço Ciranda da Infância (espaço para discussão da clínica da infância e adolescência), sendo este um espaço potente de educação permanente, onde se atualiza a concepção da inseparabilidade entre clínica e política, articulador de rede e ativador de encontros. Rosa (2002) destaca a impossibilidade de separar clínica e política e, nesse sentido, para que a clínica possa se configurar como lugar de reinvenção e renovação da escuta e do olhar, é necessário que sejam superadas as dicotomias indivíduo e sociedade, psíquico e social, clínica e política (Bezerra, apud. Rosa, 2002).

Assim, o Espaço Ciranda da Infância, surge como um recorte e uma aposta inovadora na relação entre gestão, trabalhadores e serviços, no sentido de aproximar gestores e trabalhadores na discussão de casos e na reflexão e proposição de outras redes possíveis de cuidado, de outras formas de se fazer a gestão dessa clínica-política. E desses encontros, foram aparecendo os desafios, os nós da rede e as potencialidades, mas também, ficando clara a necessidade de espaços como este, para tomar o cotidiano em questão e pensar o como estamos fazendo/agindo em saúde. Tentando operar na lógica da leveza e da ponderação, num misto de acolhimento e de problematização, produziam-se formas de construir com e não de culpabilizar os trabalhadores da rede. Daí resultaram encontros potentes, reflexivos e acolhedores, num viés de integrar, produzir e dar outros sentidos a gestão-clínico-política do cuidado em saúde.

Aquilo que fica e que diz dessa troca entre RMS e Gestão

O tempo da gestão é outro, é rápido, consome, se perde e nos faz perder-nos, há de se ter cuidado para não ser uma peça da engrenagem que roda na máquina, há de se ter cuidado também para que esse tempo não seja naturalizado. Mas a máquina não é apenas a burocrática, é também a

máquina de desejo, máquina de guerra que tenta colocar-se fora da máquina de controle do Estado. Experimentamos este campo como um movimento, ato, como desacomodação, fluxo instituinte, como quebra, potencializador de vida, como devir, resistência, como ética.

Essa intensidade de demandas e trocas com a gestão, nos fez pensar que ora fomos capturados pelo encantamento dos encontros com outros trabalhadores e pela proposta de trabalho, na efetivação da Reforma Psiquiátrica, e ora conseguimos nos questionar, questionar o coletivo, sobre os processos de trabalho, entendimentos teóricos, posicionamentos políticos de enfrentamento, de sustentação e de expansão da Reforma Psiquiátrica, com vistas a buscar uma “certa” ação e um “certo” entendimento, que representasse o todo dessa equipe, dessa gestão.

Dessa vivência, o que ficou e fica é a importância do sempre interrogar-se, no sentido de não sermos capturados pelo que Nietzsche fala da “crítica pela crítica”, mas de um questionar que abarque a generosidade, a alteridade e a leveza de produção de bons encontros¹⁹, com o outro, com o que nos é estranho/diferente. E nisso, aprender a relativizar o que se olha e o que se escuta, no sentido de (re)mediar aquilo que nos chega como insustentável e impossível de ser compreendido.

Corroborando com esse sempre “ponto de interrogação”, Cecílio nos traz que

[...] o ponto de partida de toda a pretensão de se conduzirem mudanças verdadeiras na forma de se fazer a gestão e de se organizar o cuidado em saúde, deva ser a capacidade de aprender a interrogar o mundo do trabalho, antes de propor, aprioristicamente, conceitos e/ou modos muitos prescritivos de se fazer a gestão. Os dispositivos de gestão, se é que podemos chamá-los assim, são o próprio ato de interrogar. Talvez o mais difícil seja não pretender penetrar nesse mundo já armado com fórmulas, definições prévias de modelos, métodos ou arranjos de intenções “democratizantes”, e conseguir construir uma postura de interrogação do mundo do trabalho, no seu dia-a-dia concreto. (Cecílio, 2007: 348)

¹⁹ Encontro segundo Espinosa, como aquele que produz marcas, que aumenta a potência de agir, um bom encontro (Deleuze, 2002).

Desse modo, a finitude dos processos, a certeza do pouco tempo para avançar a Reforma Psiquiátrica (a partir vivência da gestão estadual de saúde), o desapego do que foi produzido e as marcas que ficaram impressas nesse corpo coletivo de corpos únicos e subjetividades mil nos fizeram refletir e construir nosso processo de trabalho e formação na gestão, no caminho de aliar a teoria com a prática, como é uma das propostas da residência multiprofissional em saúde.

O desafio que segue é de continuar tudo que aprendemos, lutamos, modificamos e vivenciamos em outros espaços, sob outra roupagem em outros tempos, e de zelar pelo que foi conquistado acionando e tecendo parcerias com os usuários, com o controle social, movimentos sociais, Ministério Público, trabalhadores de saúde e com professores, estudantes, residentes, tutores e demais sujeitos e atores que compuseram e que compõem o dia a dia dessa interface (muito necessária) entre gestão e residências em saúde.

Consideramos que é imprescindível a importante e contínua aposta no processo de desinstitucionalização, tanto dos moradores “eternos” de instituições como o manicômio, prisões, como desinstitucionalizar o “olhar” e a “escuta”, enquanto sociedade, no sentido de nos relacionarmos com a loucura de modo mais orgânico, discutindo os preconceitos, os medos, as fantasias e ressignificando esses modelos, esse “manicômio mental” e que também é de extrema importância no processo formativo de qualquer trabalhador da saúde. Para isso, a marca imprescindível do trabalho em equipe e transdisciplinar, na união de forças com a arte, o teatro, a música, práticas corporais, promoção de encontros pela cidade, enfim, aquilo que a vida nos possibilitar na ordem da inventividade. E ainda, a necessidade indispensável de acionar redes, do trabalho intersetorial, de compartilhar e democratizar a discussão da loucura em diversos setores da sociedade, no sentido de dar permeabilidade para novas formas de compor com a diferença, o diferente.

Ressaltamos também que o encontro entre a gestão de saúde, como cenário de práticas da RSM, e o residente em formação para a SUS, é muito potente e necessário, pois é no ensinar-aprender que se pode entrelaçar os

espaços da radicalidade e efetivação da Política de Educação Permanente em Saúde, como conceito pedagógico para operar uma práxis reflexiva e indagadora, a partir da realidade do trabalho em saúde, junto aos usuários e ao território. Nesse sentido, a gestão e a RMS conseguem compor, pois ambas apostam no repensar o processo de trabalho e de compreender a formação em saúde como um processo contínuo de problematização da realidade. Das vivências que atestam a potência desse encontro, podemos citar o trabalho na lógica do apoio institucional, a tentativa de se efetivar um colegiado gestor, o espaço Ciranda da Infância, etc. Enfim, o encontro com uma gestão que buscou promover a democratização das relações e dos processos de trabalho, que se mostrou aberta para a novidade, para o inusitado, apostando num outro modo de fazer e de se relacionar na e em gestão.

Assim, dessas intensas e inusitadas vivências junto à gestão estadual de saúde, salientamos ainda, a importância do gestor estar junto, ao lado dos trabalhadores, dos serviços e dos usuários, discutindo redes, casos clínicos, planejando e organizando fluxos, notas técnicas, ofertando apoio, pois é a partir da realidade dos usuários, do cotidiano do trabalho em saúde, que podemos pensar como gestar o SUS. Para isso a aposta incisiva na descentralização da execução das políticas públicas de saúde, no sentido de produzir corresponsabilização e autonomia nos trabalhadores, já que precisamos viver a autonomia enquanto gestores e trabalhadores, para poder facilitar processos que disparem produção de autonomia e/ou protagonismo nos usuários, é fundamental. Pensando que na saúde mental, esse aspecto ganha ainda um relevo maior, pois a autonomia se liga diretamente à produção de saúde.

Referências:

- Abib LT. “Caminhando contra o vento...”: a história das Residências Integradas Multiprofissionais em Saúde [monografia]. Residência Integrada Multiprofissional em Saúde Mental Coletiva. Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Porto Alegre; 2012.
- Brasil, Constituição 1988. Constituição da República Federativa do Brasil: texto constitucional promulgado em 5 de outubro de 1988, com as alterações determinadas pelas Emendas Constitucionais de Revisão nos 1 a 6/94, pelas Emendas Constitucionais nos 1/92 a 91/2016 e



Cooperação em saúde mental - Brasil Paraguay

Gisele Sodré de Souza Santos
 Maria de Fátima Bueno Fischer
 Mariana da Costa Schorn
 Rafael Wolski de Oliveira

Siempre me he preguntado qué pasa con las personas innominadas, que desde distintos rumbos llegan, descocidos de sus raices, sin nombre, sin lugar y sin parientes. En la ficha, de la internación se los suscribe como NN. Se internan y quedan eternamente, en una cama, en el patio. Todo sea para su seguridad, porque o si no deambulan y afean las calles. Por su ropaje o comportamiento extraños, por su porte sin horizontes, por sus gritos o sus silencios misteriosos y profundos. Pero c mo perder lo que no se tiene?

Martin Moreno

- pelo Decreto Legislativo no 186/2008. – Brasília : Senado Federal; 2016.
- Brasil. Lei Federal 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. Brasília; 2001.
- Brasil. Ministério da Saúde. Grupo Hospitalar Conceição Residências em saúde: fazeres & saberes na formação em saúde; organização de Ananyr Porto Fajardo, Cristianne Maria Famer Rocha, Vera Lúcia Pasini. Porto Alegre: Hospital Nossa Senhora da Conceição, 2010. 260 p.
- Cabral KV. Artesãos da Saúde: Saúde Mental e Participação Social em Porto Alegre [tese]. Doutorado em Antropologia. Universitat Rovira i Virgili. Tarragona; 2011.
- Campos GWS. Saúde Paideia. São Paulo: Hucitec; 2000.
- Campos GWS. Cogestão e neoartesanato: elementos conceituais para repensar o trabalho em saúde combinando responsabilidade e autonomia. Ciência & Saúde Coletiva. 2010; 15(5):2337-44.
- Cecílio LCO. O “trabalhador moral” na saúde: reflexões sobre um conceito. Revista Interface - Comunicação, Saúde, Educação. mai/ago 2007; 11(22):345-63.
- Ceccim RB, Feuerwerker LCM. O quadrilátero da formação para a área da saúde: ensino, gestão, atenção e controle social. Physis. 2004; 14(1):41-65.
- Ceccim RB. Onde se l recursos humanos da saúde, leia-se coletivos organizados de produção da saúde: desafios para a educação. In: Pinheiro R, Mattos RA. (Orgs.). Construção social da demanda: direito  saúde, trabalho em equipe, participação e espaços públicos. 2. ed. Rio de Janeiro: CEPESC/UERJ/ABRASCO; 2005. p. 161-81.
- Cunha GT, Campos GWS. Método paidia para co-gestão de coletivos organizados para o trabalho Org & Demo. Jan/Jun 2010; 11(1): 31-46.
- Dallegrave D. Encontros de aprendizagem e governamentalidade no trabalho em saúde: as Residências no País das Maravilhas [tese]. Programa de Pós-Graduação em Educação. Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Porto Alegre; 2013.
- Deleuze G. Espinosa. Filosofia prática. São Paulo: Escuta; 2002.
- Fagundes SMS. guas da Pedagogia da Implicação: intercessões da educação para políticas públicas de saúde [dissertação]. Programa de Pós-Graduação em Educação. Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Porto Alegre; 2009.
- Ferla AA, Ceccim RB. Residência integrada em saúde: uma resposta da formação e desenvolvimento profissional para a montagem do projeto de integralidade da atenção  saúde. In: Construção da integralidade: cotidiano, saberes e práticas em saúde. Rio de Janeiro: Hucitec/Abrasc; 2003. p. 211-24.
- Martins AR et al. Residência Multiprofissional em Saúde: O que há de novo naquilo que já está posto. In: Ananyr PF, Rocha CMF, Pasini VL (Orgs.) Residências em saúde: fazeres & saberes na formação em saúde. Porto Alegre: Hospital Nossa Senhora da Conceição; 2010. p. 75-90.
- Merhy EE, Franco TB. Por uma Composição Técnica do Trabalho Centrada nas Tecnologias Leves e no Campo Relacional. Revista Saúde em Debate. Set/Dez 2003; 27(65): 316-23.
- Rosa MD. Uma escuta psicanalítica das vidas secas. In: Associação Psicanalítica de Porto Alegre (Org.) Adolescência: um problema de fronteiras. Porto Alegre: APPOA; 2004. p.148-61.

Introdução

Instigados a escrever sobre a experiência de Cooperação Técnica em Saúde Mental realizada entre os governos de Brasil e Paraguai, no ano de 2011, problematizamos sobre a importância destas iniciativas, não somente no campo do fortalecimento das ações em saúde, como também, sua importante contribuição na integração técnica, política e cultural entre os povos da América Latina.

Como integrantes do grupo que participou desta experiência, já tínhamos nossa implicação com a Reforma Psiquiátrica Brasileira e com o Sistema nico de Saúde, experiência nos serviços, na desinstitucionalização de Hospitais Psiquiátricos, no ensino e formação de trabalhadores no campo da saúde e no controle social. Entendendo que o manicômio, em

qualquer lugar do mundo, produz segregação, sofrimento e cronificação nos usuários, nos estimulou demais de podermos contribuir com a reforma psiquiátrica no país vizinho.

Sobre as Cooperações

A celebração de convênios, acordos e protocolos internacionais relativos à saúde, saneamento e meio ambiente esta prevista em lei como atribuição dos entes federativos, coordenadas pela União (BRASIL, 1990). Contudo, nos interessa nesta escrita problematizarmos a potência desta ferramenta como uma estratégia de produção de encontros e de desenvolvimento de novas tecnologias em saúde. De acordo com o Manual de Orientação para Formulação de Projetos de Cooperação Técnica Internacional da ABC: A cooperação técnica internacional constitui, de fato, um instrumento privilegiado de promoção do desenvolvimento nacional, uma vez que enseja a transferência de conhecimentos e técnicas, em caráter não comercial, de outros países e de organismos internacionais (BRASIL, 2005, p. 11).

Através do reconhecimento de nossa diversidade, estas ações contribuem para o desenvolvimento social e econômico dos países envolvidos. Criando vínculos de cooperação e integração da região latino-americana, promovendo a redução das disparidades entre os países.

De acordo com a Agência Nacional de Vigilância Sanitária:

A Cooperação Técnica é um importante instrumento de desenvolvimento para os países e instituições, visto que por meio de transferências de conhecimentos, de experiências bem-sucedidas, de tecnologia e equipamentos, contribui para a capacitação dos recursos humanos e para o fortalecimento das instituições envolvidas em suas atividades e projetos. (ANVISA, 2015)

Após 25 anos da Declaração de Caracas, documento adotado pela Organização Mundial de Saúde (OPAS, 1990) - que crítica o modelo

de atenção à saúde mental centrado no Hospital Psiquiátrico pelo isolamento, por criar condições desfavoráveis aos direitos humanos, por absorver muitos recursos de forma ineficiente e fomentar um ensino em desacordo com as necessidades dos usuários - ainda hoje, vemos na América Latina, a existência de grandes Hospitais Psiquiátricos com um imenso público institucionalizado. Esse cenário requer esforços cooperativos e de aprendizagem com o objetivo de superar as lógicas institucionalizantes que colocam a loucura nesta condição de aprisionamento e falta de cuidado.

Objetivos

Este acordo de cooperação nasceu por uma demanda do Paraguai em qualificar a atenção em saúde mental. O país já havia sido apontado pela OMS nesta área e buscava superar o modelo manicomial, que era quase predominante. Como podemos verificar no termo de Cooperação:

El Paraguay ha implementado acciones de salud mental en su territorio y ha incrementado la inserción de la salud mental en la atención primaria de salud. Durante el año 2004, el país recibió una sanción de la CIDH-OEA respecto del trato a personas con padecimiento mental y la violación de sus derechos esenciales, por lo que se comprometió en impulsar una serie de cambios de fondo en su sistema de salud mental. Este compromiso se refrendó en un acuerdo entre el gobierno y una ONG MDRI, la que solicitó el apoyo técnico a la OPS. La presente propuesta tiene como marco principal, los acuerdos mencionados. En el Encuentro de autoridades de salud mental de la América del Sur, ocurrida en septiembre de 2007 en Luján, Argentina, la representación del Paraguay ha manifestado el deseo de desarrollar un proyecto de cooperación con el Brasil a fin de impulsar la reforma psiquiátrica en aquel país y dar cumplimiento a los acuerdos anteriormente citados; solicitud que fuera aceptada inmediatamente por la representación brasileña, con el apoyo de la OPS. (OPAS, 2010)

A Cooperação Técnica entre Brasil e Paraguai teve como principais objetivos gerar processos de intercâmbio nas áreas de políticas e reformas da atenção à saúde mental nos países, especialmente no Paraguai. Como resultados esperava-se a atualização da Política de Saúde Mental no Paraguai; propiciar o intercâmbio de experiências exitosas em saúde mental; capacitar os trabalhadores dos serviços e academia para efetivas respostas institucionais e comunitárias objetivando a promoção da saúde mental e, finalmente, propostas de serviços comunitários, especialmente no Paraguai, para promover a desinstitucionalização e atenção a saúde mental. (OPAS, 2010)

O princípio da materialização destas propostas inicia, no ano de 2011, com a capacitação dos profissionais de ambos os países para aplicação do censo dos moradores do Hospital Psiquiátrico de Asunción, e através da formação em saúde mental, realizada em Instituições de Ensino Superior de Asunción. Nossa equipe integrou o grupo de formadores, ministrou aulas e fomentou discussões nas faculdades de Medicina e Psicologia em Asunción e também auxiliou na aplicação dos questionários.

Cooperação de Direitos Humanos na América Latina (Paraguai - Brasil)

A Reforma Psiquiátrica no Brasil iniciou um processo de transformação na atenção em saúde mental em processo há mais de vinte anos. Desde a primeira lei estadual, o modelo de atenção migra progressivamente de uma atenção centrada no hospital psiquiátrico para uma rede de serviços com diferentes complexidades de atenção, voltados ao território do usuário. Essas mudanças inauguram diferentes práticas territoriais e novos saberes em saúde.

Este cenário coloca o Brasil como referência em políticas públicas voltadas aos usuários da atenção em saúde mental para países em desenvolvimento onde o modelo de atenção ainda é em sua totalidade centrado no hospital psiquiátrico.

Através da OPAS, o Ministério da Saúde firmou um trabalho de cooperação técnica com o governo do Paraguai. A primeira ação foi realizada com o objetivo de desinstitucionalizar o hospital psiquiátrico do país que hoje conta com um público institucionalizado de aproximadamente 200 pessoas. O primeiro momento da cooperação contou ainda com a parceria do Conselho Federal de Psicologia do Brasil. O sistema conselhos, através de suas ações, sempre demonstrou sua implicação e atuação na luta pela desinstitucionalização da loucura e garantia dos direitos humanos para os cidadãos. Através do Sistema Conselhos, foi possibilitado um trabalho conjunto entre uma equipe de psicólogos com experiência em processos de desinstitucionalização e Ministério da Saúde para auxiliar no censo proposto no hospital psiquiátrico.

O Hospital Psiquiátrico de Asunción Paraguay foi inaugurado em 1898, através de uma doação para “un asilo de niños, ancianos y vagabundos” (Moreno, 2008, p. 92). Até os anos 70 era denominado “Manicomio Nacional”, chegou a pertencer a Faculdade de Medicina (1927 até 1997) e desde o ano 1997 está sob responsabilidade do Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social del Paraguay. (Moreno, 2008).

No período de 28 de agosto de 2011 a 1º de setembro do mesmo ano, foi realizado uma capacitação para aplicação do censo com os moradores do hospital psiquiátrico com intuito de melhor identificar as demandas e ações para o processo de desinstitucionalização. Também foi discutido junto com a equipe de censistas o instrumento a ser utilizado e sua construção para atender as especificações do público local, incluindo alterações pertinentes as questões da cultura paraguaia.

A equipe de censistas foi composta também por um grupo de residentes em psiquiatria do Hospital de Clínicas de Assuncion e residentes de psiquiatria do próprio hospital psiquiátrico onde está sendo implantada esta política de desinstitucionalização. Todos demonstrando muito interesse neste trabalho, atentos as explicações sobre a aplicação e participando ativamente nas adaptações do instrumento. Contudo,

chamou-nos a atenção de que outros profissionais da área da saúde e de outros setores não compunham esta equipe.

No primeiro dia, durante a manhã, fomos conhecer o hospital psiquiátrico, suas alas de moradia e de agudos. Nada muito diferente de outros hospitais psiquiátricos em que já havíamos entrado, chamava a atenção o cheiro forte, as grades e pessoas (funcionários e usuários) em condições degradantes pela institucionalização. Fizemos a captação de algumas imagens do local e algumas entrevistas. Durante a tarde fizemos uma aplicação piloto do instrumento. Fomos, cada um, com outros dois residentes fazer esta aplicação. Em uma delas conhecemos um senhor que vive há vinte anos neste hospital. Fala somente guarani, fato este que não foi problema pois os dois residentes entendiam bem e falavam razoavelmente.

Foi interessante a experiência de uma dupla de censistas – composto por uma brasileira e um paraguaio – no contato com um morador do hospital psiquiátrico. O senhor no início não olhou para os censistas, e permanece olhando para o chão, como se não fosse costume ele conversar com as pessoas que trabalham neste local onde ele residia há muitos anos. Perguntamos, e ele afirmou que falava tanto espanhol quanto guarani. No início da entrevista, a censista brasileira puxa a conversa em espanhol ao que o paciente vai reagindo, mas de maneira muito tímida. O censista paraguaio, compreensivo e empático com seu conterrâneo, vai conversando sobre os mesmos pontos na língua guarani. O senhor parece sentir a aproximação do profissional paraguaio, e embarca no diálogo. Ele diz se sentir mais à vontade falando guarani. Conversam muito mais do que estava previsto nas perguntas do censo. Constitui-se ali uma troca de afetos, de ideias, de informações, de vida. O vínculo entre profissional e usuário, que é base para o cuidado em saúde mental, parece despontar nesta relação que se iniciava naquele momento.

O guarani é a uma língua indígena que, junto com o espanhol, é a língua oficial do Paraguai. Como ocorre em outros locais, a língua originária é utilizada muito mais pela parte da população que mora no

campo, e que muitas vezes está em situação social e econômica piorada em relação à população que fala a língua predominante, e que mora nos grandes centros. Ficou evidente que ali no hospital a grande maioria dos moradores falava guarani, sendo que parte destes falava somente esta língua. Pessoas em piores situações socioeconômicas são mais facilmente abandonadas? Como deixar de considerar a questão socioeconômica quando pretendemos implementar programas comunitários de saúde mental, tais como se prevê na Declaração de Caracas? Tratar de saúde mental sem adentrar esse ponto seria quase como enxugar gelo. Por isso que consideramos que todas as políticas públicas que preveem melhorias de condições de vida da população contribuem sobremaneira não somente com a saúde, mas muito fortemente com a saúde mental da população.

Ao final desta aplicação piloto nos reunimos todos e discutimos o instrumento e a experiência. Foram sugeridas algumas alterações no instrumento e durante a noite trabalhamos na digitalização e organização das alterações propostas. No segundo dia de trabalho foi realizada uma nova aplicação para verificar como ficaram as alterações. Também incluímos perguntas a serem feitas com a equipe da unidade de moradia onde o usuário vive e busca de informações em prontuário, realizamos esta aplicação junto aos mesmos residentes do dia anterior com outro morador, por sua vez, este falava espanhol além do guarani, fato que possibilitou que a equipe de brasileiros interagisse melhor. Também neste dia realizou-se entrevistas com a equipe diretiva do hospital, com um psiquiatra e com um dos residentes censista.

O grupo dos dois países, implicados na construção conjunta deste instrumento e na aplicação dos mesmos se manteve motivada e avaliava a cooperação de forma positiva. Destacamos aqui a fala de um dos residentes em psiquiatria do Hospital de Asunción que participou da aplicação, quando questionado sobre como tinha sido para ele a experiência, respondeu-nos que tinha sido um dia diferente de todos os outros naquele hospital, pelo fato de ficar duas horas conversando com um morador e descobrir muitas

coisas novas sobre ele, e que ao final destes dois dias de capacitação não sentia a habitual frustração que tinha em relação ao seu próprio trabalho. Outro destaque que fazemos é que todos os usuários entrevistados nestes dois primeiros dias desejavam explicitamente sair do hospital e viver em outro lugar e alguns deles não sabiam nem como foram parar ali. O que se constatava eram simplesmente as tristes e desumanas histórias marcadas nos corpos, nos olhares dos usuários serem as mesmas de qualquer país onde se exclui se institucionaliza, se abandona. Os relatos que encontramos eram semelhantes aos usuários brasileiros, e a diferença de cultura e língua, pouco importava, pois na medida em que nos vinculávamos a eles nos comunicávamos com olhares, gestos dando fluência a outra linguagem: a do cuidado, a do afeto, a de quem se implica.

O processo de desinstitucionalização inicia-se dentro do próprio manicômio, no momento em que algumas ações possibilitam a mudança de estatuto dos sujeitos que ali se encontram, pela mudança na lógica institucional vigente que visaria a subtração dos sujeitos de todos os seus aspectos singulares. Muito mais se pode fazer, como ocupar os melhores espaços do prédio para a área de moradia, a emissão de documento civil aos que não o possuem, a liberação do fluxo dos moradores para fora do hospital em todos os momentos que lhes forem oportunos, o envolvimento da cidade com o espaço de dentro do hospital, a fim de derrubar muros de separação desta e daquela população. Mas o simples fato de os profissionais e moradores estabelecerem conversa sobre a vida pregressa e sobre plano futuro de vida, sobre a possibilidade de desinstitucionalização, aí já se inicia o processo de construção de desejo.

Os passos seguintes foram terminar o censo dos moradores do Hospital Psiquiátrico, o que foi concluído em aproximadamente dois meses do seu início. Em novembro de 2011 os trabalhadores e gestores de saúde do Paraguai organizaram o I Encontro Nacional de Usuários, Familiares e Trabalhadores em Saúde Mental como uma das estratégias para o processo de desinstitucionalização em curso no país. Em dezembro do

mesmo ano realizamos uma agenda no Brasil para troca de experiências e principalmente sensibilizá-los sobre a viabilidade da reforma psiquiátrica. A visita técnica contou com a presença da Vice-Ministra de saúde, com a diretora do Hospital psiquiátrico e com um psiquiatra, pessoas que estavam como referência na condução do processo no Paraguai. A agenda incluiu visitas em serviços das redes de saúde em municípios do Rio Grande do Sul e no Hospital Psiquiátrico São Pedro que estava em processo de desinstitucionalização dos moradores de longa permanência. Também foram visitados os Serviços Residenciais Terapêuticos criados para acolher moradores do Hospital Psiquiátrico.

O ano seguinte seguíamos com o planejamento conjunto de ações, construção de novas agendas análise do material do censo e iniciava-se a discussão dos projetos terapêuticos singulares a partir da realidade encontrada e em conjunto com a rede de atenção básica do Paraguai. No entanto uma crise política no país vizinho se agravou culminando com um golpe parlamentar relâmpago que destituiu o presidente Fernando Lugo do poder, o processo de impeachment durou apenas 36 horas, realizado nove meses antes das eleições presidenciais onde o presidente não poderia tentar a reeleição. A destituição do presidente caracterizou uma interrupção no processo democrático, finalizando a cooperação.

No Brasil vivemos momentos de tentativa de destituir a presidente reeleita nas últimas eleições, motivadas pela oposição, pela mídia e por cidadãos das classes mais ricas do país. Impulsionados pelo discurso de ódio as pautas da esquerda e manifestações de apoio e homenagem a ditadura militar e torturadores deste período, inclusive feito de forma explícita por parlamentares. O que ocorreu no Paraguai e agora no Brasil nos interroga quanto a fragilidade das jovens democracias dos países latinos frente a escusos interesses que insistem em atacar processos de emancipação destes países e fortalecimento de políticas públicas para suas populações.

O avanço nas políticas de saúde mental não está descolado de avanços na garantia de direitos em todas as instâncias de um povo. No caso

do nosso povo latino, ainda há muito o que se fazer para superarmos todos os tipos de opressão, violência e desrespeito as diferenças. Os caminhos possíveis passam pelo respeito à democracia e união dos cidadãos pelos interesses em comum. Aprendemos com esta experiência com os Paraguaiois que, cada vez mais, precisamos fortalecer laços de cooperação, afetivos e de enfrentamento conjunto de nossos problemas.

Referências:

- Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Cooperações Internacionais. Disponível em: <http://portal.anvisa.gov.br/relacoes-internacionais/cooperacao>
- Brasil. Lei Federal Nº 8.080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Brasília; 1990.
- Brasil. Agência Brasileira de Cooperação. Formulação de projetos de cooperação técnica internacional (PCT): manual de orientação. 2. ed. Brasília; 2005.
- Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. Departamento de Economia da Saúde, Investimentos e Desenvolvimento. Manual de normas e orientações para a cooperação técnica internacional com a Opas/OMS / Ministério da Saúde. Brasília: Ministério da Saúde; 2013.
- Organização Pan-Americana da Saúde. Declaração de Caracas. Caracas; Organização Mundial da Saúde; 1990.
- Organização Pan-Americana da Saúde. TCC Brasil Paraguai - OPAS 2010 Projeto de Cooperação Técnica Brasil Paraguai. Brasília: OPAS; 2013.
- Moreno M. Tavyrai Renda: Cuentos para des-manicomializar. Assunção: Servi Libros; 2008.



Saúde mental coletiva na cooperação brasil-cuba-haiti ou uma experiência a *sulear* a luta por uma sociedade sem manicômios

Rafael Wolski de Oliveira
Ana Carolina Rios Simoni
Elisabeth Susana Wartchow
Jane Terezinha Sobrosa Pilar

São muitos os desafios que se colocam em termos de garantia de direitos dos usuários da saúde mental e acesso a serviços de qualidade nos países da América Latina. A Declaração de Caracas, que no ano de 2016 completa 26 anos de existência, aponta para necessidade de enfrentamento dos problemas relacionados aos modelos asilares de aprisionamento da loucura, historicamente violadores de direitos, bem como atenta para a ineficiência do tratamento baseado em Hospitais Psiquiátricos. Este documento – referência da Organização Mundial de Saúde (OMS) para definição de diretrizes de cuidado em Saúde Mental – recomenda que as legislações dos países se ajustem para assegurar o respeito aos direitos humanos e civis dos cidadãos com transtornos mentais e convoca as organizações, associações e demais participantes daquela Conferência a se comprometerem, acordada e solidariamente, com o desenvolvimento de programas que promovam a reestruturação da atenção em saúde mental em seus países.

Entende-se que um caminho possível para superação destes desafios se construa através de tecimento de redes de apoio e cooperações entre os países que passam por problemas similares no campo da saúde mental e saúde coletiva. Tal construção se mostra potente não apenas pelo compartilhamento das dificuldades e desafios comuns, mas também, e principalmente, através da troca de saberes, tecnologias, soluções e boas práticas em saúde.

Dessa forma, a gestão da Secretaria Estadual de Saúde do Rio Grande do Sul no governo Tarso Genro (Gestão 2011 a 2014), dentre

inúmeras ações realizadas no sentido da qualificação dos profissionais da saúde mental e da ampliação e fortalecimentos de serviços de saúde mental no estado, empreendeu também iniciativas de cooperações técnicas em saúde mental com diferentes países da América Latina. Destacamos aqui uma experiência transcorrida durante os anos de 2013 e 2014, quando o estado se soma a uma cooperação já em andamento entre o Ministério da Saúde brasileiro e a República do Haiti.

A República do Haiti é um país no Caribe com aproximadamente 10,5 milhões de habitantes (Banco Mundial, 2014) com o mais baixo Índice de Desenvolvimento Humano da América Latina e um dos mais baixos do mundo (IDH 0,483 - Fonte PNUD Brasil, 2014). Foi o primeiro país do mundo a abolir a escravidão, após uma revolta bem-sucedida de escravos, e amargou sucessivos conflitos políticos ao longo de sua história, com uma das mais longas ditaduras nas américas e diversos golpes de estado (Gorender, 2004). O país foi devastado por um terremoto de grande proporção em 2010 e, no ano de 2015, enfrentou uma grande seca decorrente do fenômeno El Niño.

Obviamente, este panorama e processo histórico repercute nos problemas de saúde da população e na atenção em saúde no país. Problemas decorrentes da pobreza extrema, como falta de saneamento e de acesso a água potável, epidemias de cólera, chikungunya, alto índice de mortalidade infantil e problemas alimentares são alguns dos agravos que demandam preocupações da população haitiana e da comunidade internacional. O governo brasileiro mantém desde 2010 uma cooperação em saúde tripartite, juntamente a Cuba e Haiti, para o enfrentamento dos problemas de saúde, com foco no fortalecimento da Atenção Básica em Saúde para os haitianos.

O país conta com poucos recursos humanos na área da saúde mental, aproximadamente 20 psiquiatras e 30 psicólogos diplomados (Brasil, 2014). Não conta com orçamento para a área e mantém um modelo de atenção hospitalocêntrico com duas instituições psiquiátricas, o Mars & Kline, em Porto Príncipe e o Hospital Défilé de Beudet, em Croix-des-Bouquets, região metropolitana de Porto Príncipe.

O Hospital Défilé de Beudet fica localizado em uma região a 20 Km de Porto Príncipe, construído na lógica de um hospital colônia, no entanto, hoje em dia, a região é bastante habitada. Partindo-se do centro da capital, leva-se cerca de 2 horas para chegar ao local. Os muros do hospital psiquiátrico fazem fronteira com os muros do novo hospital geral, de referência regional, que foi construído pelo governo brasileiro, através da cooperação tripartite. O Hospital Défilé de Beudet atende pacientes de todo o país. Possui capacidade para 120 internos, entretanto, no momento de nossa visita, havia aproximadamente 300 pacientes internados. As condições estruturais da instituição são extremamente precárias. Os pacientes dormem em pequenos espaços, insalubres, frios e, em sua maioria, gradeados. Não dispõe de banheiros. Quando há camas, estas são de cimento. Houve um intento de melhorar a estrutura após o terremoto de 2010, quando se construíram pequenas casas de cerca de 4 metros quadrados, feitas de uma espécie de compensado, que foram pintadas com motivos coloridos. A construção foi viabilizada com recursos públicos, mediados por uma ONG, que teria gasto três mil dólares por casa.

Durante as visitas realizadas por nosso grupo de trabalho em dois momentos (junho de 2013 e julho de 2014) havia muitos pacientes presos, outros visivelmente impregnados, alguns jogados ao chão e outros nus. A alimentação é insuficiente e precária, produzida em uma cozinha sem condições sanitárias. O encarceramento e a hipermedicalização dificultam ainda mais o acesso dos pacientes aos alimentos, de forma que muitos estão visivelmente emagrecidos e desnutridos. A equipe, na ocasião das visitas, estava envolvida com os pacientes ambulatoriais, egressos do hospital, os quais também são bastante numerosos. As casas recém construídas estavam em péssimo estado, com paredes rompidas, chão de cimento ou chão batido, pintura descascada e piso com fezes e urina. Foi possível observar a baixa qualidade do material utilizado na construção, tanto no que se refere ao conforto (construíram ambientes insuportavelmente quentes), quanto no que se refere à durabilidade das construções.

O Centro Hospitalar Universitário de Psiquiatria Mars & Kline fica localizado em uma área de grande aglomeração urbana em Porto Príncipe. Também atende pacientes de todo o país. Possui capacidade para internar cerca de 60 pacientes, no entanto, no momento da visita havia cerca de 100 internos. Todos os ambientes, desde o hall de entrada da instituição, são gradeados. Os pacientes ficam na sua maioria presos em grandes celas fortes, separadas por sexo. Há espaços de isolamento para os pacientes mais agressivos. Os pacientes se dirigiam a nós, visitantes, a partir de suas celas, solicitando que fizéssemos contato com seus familiares para lhes retirarmos de lá. Muitos falavam outras línguas, além do *creole* e do francês, buscavam contar sua história e pedir ajuda. Também há neste hospital um espaço ambulatorial, no qual se concentrava o trabalho da equipe técnica na ocasião da visita. As consultas são pagas e os medicamentos são comprados pelas famílias.

Algumas condições de vida dentro do hospital psiquiátrico, principalmente em Défilé de Beudet, replicam as condições de vida de comunidades haitianas em situação de extrema vulnerabilidade social, sem acesso a saneamento, alimentação e moradia adequada. Os agravos nestas condições ficam por conta da situação de encarceramento e isolamento, das práticas psiquiátricas de medicalização e de outros maus tratos travestidos de proteção e cuidado.

Apesar da visível violação de direitos e descuido nos espaços institucionais, algumas experiências na relação com a loucura no Haiti têm muito a nos ensinar. A cooperação em andamento permitiu identificar experiências de cuidado comunitário em saúde mental já em andamento no território haitiano. A experiência relatada por uma médica psiquiatra haitiana sobre o trabalho desenvolvido pelos Houngan (sacerdote vudú) nas comunidades é um exemplo disto. Trata-se de um trabalho em parceria com os saberes populares, que acolhe algo corriqueiro no país: quando alguém sofre ou entra em crise é comum que se busque primeiro alguma referência dentro de sua comunidade. Neste sentido, verificamos que a

falta de recursos específicos e serviços instituídos, embora negligencie necessidades importantes da população, também propicia espaço para a inventividade e criação, assim como convoca ao importante diálogo entre o saber científico e o saber popular.

A participação do estado do Rio Grande do Sul nesta cooperação se pautou pelas trocas de experiência e boas práticas, devido ao seu pioneirismo²⁰ na formulação na transformação do modelo em saúde mental e em ações de desinstitucionalização e ao momento de retomada²¹ de investimentos no fortalecimento das redes de atenção à saúde mental que estavam em curso. As etapas presenciais da cooperação se deram em três momentos ao longo de dois anos. O primeiro momento ocorreu com a participação de um representante da Coordenação de Saúde Mental do estado, apresentando a experiência em curso no Brasil, no evento Atelier International Sur L'Intégration de la Santé Mentale au Niveau Des Soins Primaires²², realizado em junho de 2013 em Porto Príncipe, com o propósito de debater a questão da saúde mental. Este evento teve como público-alvo profissionais, gestores, políticos e população em geral, contando com a participação de cerca de 100 pessoas de diversas instituições e organizações, dentre os quais funcionários dos hospitais visitados, estudantes, trabalhadores de Organização Não Governamentais com importante presença no país desde o terremoto de 2010 e de membros de cargos importantes no Ministério da Saúde. Na ocasião, além da

20 Referimo-nos a três marcos históricos importantes da Reforma psiquiátrica no RS: 1) ao processo de formação em saúde mental coletiva disparado de forma descentralizada em 1989 nas regiões do RS, sob coordenação da psicóloga Sandra Fagundes e assessoria permanente do psiquiatra argentino Ruben Ferro (FAGUNDES, 1992); 2) à promulgação da Lei Estadual da Reforma Psiquiátrica do RS, aprovada em 7 de agosto de 1992, tornando-se a primeira legislação do país neste campo; e 3) ao projeto de desinstitucionalização e reestruturação do Hospital Psiquiátrico São Pedro, conhecido pelo nome de Projeto São Pedro Cidadão e alçado ao lugar de prioridade da gestão estadual da saúde em 1999 (Dias, 2007).

21 Em 2011, novamente a transformação do modelo de atenção em saúde mental torna-se prioridade estratégica da gestão estadual, através da proposição do projeto de governo Linha de Cuidado em Saúde Mental, Álcool e Outras Drogas - O Cuidado que Eu Preciso, pelo qual se viabilizaram apoio técnico aos municípios e linhas de financiamento estadual para implantação de ações e serviços de saúde mental, como oficinas terapêuticas na atenção básica, equipes de matriciamento em saúde mental (Núcleos de Apoio à Atenção Básica), CAPS 24 horas e com terceiro turno de atendimento, leitos de atenção integral em saúde mental em hospitais gerais, unidades de acolhimento para moradia transitória de usuários de drogas em vulnerabilidade social, além de Serviços Residenciais Terapêuticos e a contratação de acompanhantes terapêuticos para os processos de desinstitucionalização.

22 Oficina Internacional sobre a Integração da Saúde Mental na Atenção Primária.

exposição da experiência brasileira, foram apresentadas experiências de saúde mental em curso no Haiti, o posicionamento da OMS quanto à meta de extinção dos manicômios no mundo até 2020 através da apresentação do representante da OPAS e foi esboçado um plano de ação para a Cooperação Tripartite no campo da Política de Saúde Mental.

A avaliação dos organizadores quanto a este primeiro momento da cooperação foi a de que o mesmo conferiu visibilidade à temática da saúde mental, atraindo a participação de pessoas implicadas no campo e conquistando significativa cobertura da imprensa, assim como contribuiu para a construção de uma maior legitimidade à coordenação nacional de saúde mental, criando algumas condições para a sustentação da temática saúde mental como eixo estratégico do Plano Nacional de Saúde. De outra parte, também se avaliou que a atividade permitiu identificar atores implicados com o campo da saúde mental, com destaque para jovens profissionais de saúde, entusiasmados com a causa, e para haitianos que retornaram ao Haiti após o terremoto e desejam investir na recuperação e desenvolvimento do país.

Em um segundo momento, em fevereiro de 2014, uma comitiva de trabalhadores e gestores do Haiti, com destaque para o coordenador nacional de saúde mental, em conjunto com representantes da cooperação tripartite (Brasil, Cuba e Haiti), dentre os quais colaboradores cubanos da cooperação e a coordenadora da cooperação tripartite no Haiti, estiveram no Rio Grande do Sul para conhecer os serviços da Rede de Atenção Psicossocial. Foram visitados o Hospital Psiquiátrico São Pedro que estava em um processo de desinstitucionalização dos moradores de longa permanência, assim como Serviços Residenciais Terapêuticos sob gestão da Secretaria Estadual da Saúde RS e serviços territoriais da rede dos municípios de Porto Alegre, Sapucaia e São Lourenço do Sul. Foi uma semana de intensas trocas entre trabalhadores, gestores e usuários dos serviços com os participantes da comitiva. Os representantes do governo do Haiti avaliaram a atividade como de grande relevância e sucesso em relação

ao que se esboçara como proposição para a cooperação em saúde mental entre os países na ocasião da Oficina Internacional sobre a Integração da Saúde Mental na Atenção Primária.

Em julho de 2013 foi realizada uma semana de trabalhos e uma oficina em Porto Príncipe com intuito de planificar a Política Nacional de Saúde Mental do Haiti. O evento contou com a participação dos gestores, governantes e entidades envolvidas com a questão naquele país e com a participação de outro representante do estado do Rio Grande do Sul, como convidado a participar dos grupos de trabalho e apresentar um pouco mais da experiência brasileira na área, com foco na importância da participação social na construção das políticas de saúde. Importante destacar que o propósito estabelecido na relação entre os diferentes atores envolvidos na cooperação não era apresentar a experiência brasileira ou a cubana como um modelo a ser seguido pelo Haiti, pois o enfrentamento dos problemas locais, e a construção de suas possíveis soluções, demanda a implicação e o protagonismo dos atores locais, capazes de ler os processos singulares dos territórios e responder com os recursos ético-técnico-estético-políticos disponíveis para tanto. Contudo, a troca permite problematizar e gerar possibilidades de criação.

Os passos seguintes indicavam caminhos de intensificação das experiências de educação permanente e de trocas vivenciais, em serviços, com a presença de profissionais da saúde em formação de ambos os países. A realização de um censo psicossocial com os internos dos Hospitais Psiquiátricos no Haiti, visando um diagnóstico situacional para a construção de um plano de ação de desinstitucionalização, também foi identificada como necessidade. Além disso, estudava-se construir uma modalidade de formação em nível de pós-graduação para profissionais haitianos, de formato EAD, com possibilidade de estágio vivencial de curta duração (3 meses) em serviços de saúde mental do Brasil. Contudo, a construção desta parceria foi interrompida pela descontinuidade nas propostas da Política Estadual de Saúde Mental, Álcool e Outras Drogas produzida com a troca de gestão do governo estadual do Rio Grande do Sul em 2015.

Apesar de que, no plano das ações territoriais em solo haitiano, pouco foi feito e muito havia por fazer, acreditamos que o caminho que se trilhou até o momento da interrupção foi enriquecedor para produção de um debate importante sobre a saúde mental nos países latinos. No Haiti, pode-se dizer que a discussão da mudança no modelo de atenção em saúde mental alcançou um estágio embrionário, capaz de fazer nascer bons frutos, cuja responsabilidade de cultivo e apoio ao desenvolvimento, em nossa opinião, também recai sobre a Organização Panamericana da Saúde e os países que compõe a cooperação tripartite (Brasil e Cuba). No Brasil, por outro lado, ainda há muito que avançar em relação a desinstitucionalização de usuários de longa permanência nos Hospitais Psiquiátricos e ao enfrentamento das novas formas de institucionalização da loucura, que perenizam a lógica da clausura e do isolamento, como as Comunidades Terapêuticas²³ e as casas asilares irregulares²⁴.

Durante o período que esta parceria aconteceu, trocas de experiências e saberes foram propiciadas, propiciando problematizações do cenário em ambos os países, criação de estratégias de enfrentamento dos problemas e aprendizagens mútuas. Somaram-se esforços para a construção de uma saúde mental digna para além das fronteiras demarcadas. Em ambos os países ainda temos desafios importantes de enfrentamento do estigma e exclusão no âmbito da saúde mental. Seguimos então desejosos de que as trocas que aconteceram e as aprendizagens conjuntas sigam reverberando, para que ambos os países se fortaleçam diante de seus desafios particulares e afins.

23 No RS, entre 2007 e 2010, criaram-se e ampliaram-se formas de financiamento estadual para instituições chamadas de Comunidades Terapêuticas, as quais ofertam tratamentos para pessoas com problemas relacionados ao uso de drogas, baseados em pressupostos como a cura pela fé e o foco no afastamento dos espaços sociais e na abstinência como condição de acesso e permanência do cuidado. A partir de 2011, a gestão estadual da saúde no RS, desencadeou um amplo e longitudinal processo de fiscalização destes estabelecimentos, tendo rescindido inúmeros contratos por conta de irregularidades sanitárias e subsidiado tecnicamente a interdição de algumas destas instituições sob responsabilidade do Ministério Público e do Judiciário.

24 Muitas instituições de longa permanência para idosos têm funcionado como espaços de internação permanente de pessoas com transtornos mentais e deficiências diversas, operando na mesma lógica dos hospitais psiquiátricos ainda existentes no Brasil e reproduzindo cenas semelhantes às instituições visitadas no Haiti pelos representantes da Coordenação Estadual de Saúde Mental do RS. Para outras informações sobre este fenômeno, ler o capítulo deste livro que descreve a ação de desinstitucionalização das casas asilares no município de Cachoeira do Sul – RS, posta em marcha pela Secretaria Estadual da Saúde, em articulação com o Ministério Público Estadual, a Secretaria Estadual de Trabalho e Desenvolvimento Social e as respectivas secretarias municipais de saúde do município sede das instituições e dos municípios de proveniência dos usuários.

Contudo, a saúde mental de uma população não está descolada de outras questões que atravessam os cenários sociais e que, portanto, nos atravessam a todos. No momento, em que terminamos esta escrita, Brasil e Haiti vivem, cada um à sua maneira, um momento de turbulência no cenário político que nos leva novamente a reconhecer a importância da aproximação entre os países meridionais como estratégia para a superação de adversidades que dizem respeito a um processo histórico comum em inúmeros pontos. No Brasil, temos um país dividido entre os que apoiam a continuidade do mandato da presidenta eleita e aqueles que desejam sua saída, fomentando um cenário onde a câmara de deputados – com um terço dos representantes com suspeitas de envolvimento em corrupção – move um pedido de impedimento da chefe do executivo com bases legais questionáveis. No Haiti, o segundo turno das eleições foi, por duas vezes, adiado, após acusações de fraudes no processo eleitoral, ocasionando protestos e explosões de violência nas ruas de Porto Príncipe, enquanto o país permanece com um presidente interino.

Guardadas as inúmeras diferenças entre nossos países, experimentamos fortemente hoje as fragilidades das nossas jovens democracias e o quanto se faz necessário que elas amadureçam e se fortaleçam. Um caminho possível para tal passa pela união entre os povos latino-americanos, produzindo vínculos de cooperação e enfrentamento conjunto de problemáticas políticas comuns, o que significa dizer, nas áreas da saúde, do desenvolvimento social, da infraestrutura, da economia, entre outras. Como nos ensina Torres García, ao produzir a obra “América Invertida”, em 1943, é preciso girar o olhar na direção de um norte que é sul para habitarmos de outro modo nossos territórios latino-americanos. Tomando esta bela imagem, legado de um dos artistas uruguaios mais importantes do século XX, talvez possamos dizer que as diversas cooperações entre os países latino-americanos, no campo da Saúde Mental, realizadas ou em curso, testemunham importantes experiências a “*sulear*” os nossos sonhos e lutas por uma sociedade sem manicômios.

Referências:

- Brasil. Cooperação em Saúde no Haiti: Quatro Anos de Construção. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva: Departamento de Economia da Saúde, Investimentos e Desenvolvimento. Disponível em: <http://www.pnud.org.br/atlas/ranking/Ranking-IDH-Global-2014.aspx> Acesso: abril 2016.
- Banco Mundial. Índice de Desenvolvimento Humano. Disponível em: <http://data.worldbank.org/indicator/SP.POP.TOTL/countries/HT?display=graph> Acesso em abril de 2016.
- Dias MTG. A Reforma Psiquiátrica Brasileira e os Direitos dos Portadores de Transtorno Mental: uma análise a partir do serviço residencial terapêutico Morada São Pedro [tese]. Programa de Pós-graduação da Faculdade de Serviço Social, Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul. Porto Alegre; 2007.
- Fagundes SMS. Saúde mental coletiva: a construção no Rio Grande do Sul. Revista do Fórum Gaúcho de Saúde Mental. 1992 1(1):41.
- Gorender J. O Épico e o Trágico na História do Haiti. Revista Estudos Avançados. Jan/Apr 2004; 18(50):295-302.



Educação Permanente em Saúde Mental em Intercâmbio Internacional: Cordoba/Argentina e Rio Grande do Sul/Brasil.

Márcio Mariath Belloc
Károl Veiga Cabral
Sandra Maria Sales Fagundes

O ano de 2011 iniciava com uma série de desafios no Rio Grande do Sul. Começo de um novo governo, cujo projeto havia recebido a chancela da grande maioria do povo gaúcho em primeiro turno, e, dessa forma, deveria responder reconduzindo o estado na construção de políticas públicas a partir de ações republicanas, populares e participativas. No campo da saúde não era diferente. Os desafios se redobravam na qualificação do Sistema Único de Saúde (SUS) e, especificamente para o tema central que nos convoca aqui a debater, na implementação de uma rede de atenção em saúde mental no estado, efetivamente substitutiva ao manicômio. Desde o início trabalhando na indução de uma proposta centrada no cuidado em liberdade, a partir do cofinanciamento de serviços, criação de dispositivos, educação permanente e articulação da rede em todos os níveis de atenção e de forma intersetorial e de base comunitária.

Uma rede que também nacionalmente ajudamos a construir, como representantes do ente federativo e como militantes por uma saúde mental libertária e um modelo de sociedade plural e inclusiva, e que, logo no final desse ano, se materializaria com a publicação das bases normativas: trata-se da Portaria Nº 3.088, de 23 de dezembro de 2011, que institui a Rede de Atenção Psicossocial. Mas muito haveria ainda que ser construído para a real implementação da RAPS no país e no estado. Um caminho ainda em curso, repleto de desafios, a partir de 2016 incrementados por políticas obstaculizadoras, com diminuição de financiamento, ou mesmo ações no avesso da RAPS, como o fortalecimento do parque manicomial e da indústria da loucura. O que mais fortalece a necessidade de pensarmos e discutirmos linhas de resistência, reinvenção e produção de cidadania.

Neste sentido, é preciso lembrar que há toda uma história que precede mesmo estes anos de construção da RAPS. Mesmo as Leis que garantiram tal construção, também elas são efeito de uma história de lutas. Um longo caminho já havia sido percorrido para chegar até tal proposição de política pública. Uma experiência que remonta os tempos de redemocratização do estado Brasileiro, as lutas pela reforma sanitária e reforma psiquiátrica, envolvendo grandes gestos de desinstitucionalização e cada pequeno gesto de cuidado.

Por sua vez, na vizinha Argentina, em 2011 vivia um momento também extremamente importante para o campo em questão. Todas as lutas e movimentos de articulação, construção e reconstrução para chegar em 2010 a promulgar a *Ley de Salud Mental*, eram redobradas em sua implementação. Afinal, “asegurar el derecho a la protección de la salud mental de todas las personas, y el pleno goce de los derechos humanos de aquellas con padecimiento mental” não se faz da noite para o dia. E também nossos irmãos sul-americanos têm uma história importante de lutas no campo da saúde mental. Também intercorrida entre períodos de avanços e de enormes retrocessos, em períodos de profusão criativa, libertária e democrática e de ditadura, terror de estado e exclusão. Se as décadas de 1950 e 1960 viram propostas de saúde mental em hospital geral e na comunidade, tal como a pioneira experiência capitaneada por Mauricio Goldemberg em Lanús, Buenos Aires (Visacovsky, 2003), a década seguinte viu se estabelecer a opressão e morte como política de estado e a volta à grande internação como resposta hegemônica à loucura.

Realmente somos uma só pátria grande, pois o terror de estado e seus efeitos na multiplicação da clausura da loucura e extermínio subjetivo, dominação dos corpos, produção de humanos-menos-humanos e morte, também foi a resposta construída e aprimorada durante os anos de chumbo da ditadura militar brasileira. Como se fosse um artefato nuclear a conta-gotas, a destruição criminosa de vidas como resposta à loucura teve caminhos bastante semelhantes em ambos países.

Contudo, no campo da saúde mental não é apenas nessa face do horror que estamos irmanados. Também temos história de construção compartilhada. O sul do Brasil e a Argentina já estiveram juntos criando propostas de políticas públicas em saúde mental. Uma história que nos inspirou e nos impulsionou a construir na gestão 2011-2014 da Secretaria Estadual de Saúde do Rio Grande do Sul (SES/RS) um programa de cooperação com a Universidad Nacional de Córdoba (UNC). Mais especificamente, entre a *Maestría en Salud Mental* da citada universidade e Escola de Saúde Pública (ESP) em conjunto com o Departamento de Ações em Saúde (DAS) da SES/RS.

Em suas *Águas da Pedagogia da Implicação*, Fagundes (2006) discute todo um processo de produção e implementação de uma política de saúde mental no estado do Rio Grande do Sul na década de 80 e 90, a partir de uma base de movimento social, composto por usuários, familiares, trabalhadores e implicados em geral com o tema da saúde mental. Trata-se da própria criação e fortalecimento do Fórum Gaúcho de Saúde Mental, atravessada e retroalimentada pelas águas da gestão e do cuidado em saúde em seus diversos níveis de atenção e esferas governamentais. Uma implicação com a produção de vida e cidadania estruturada a partir da gestão, da atenção e da participação popular, que eram completadas e costuradas pelo eixo da educação, colocando em ato o que Ceccim e Feuerwerker (2004) mais tarde chamaram de quadrilátero da formação em saúde. Uma das ações importantes deste eixo educação foram os cursos de especialização em saúde mental, com participação de um corpo docente internacional, com destaque ao professor Rubén Oscar Ferro da Universidad Nacional de Córdoba, Argentina. Cursos que foram ministrados a partir da Escola de Saúde Pública e que foram desenvolvidos em diferentes e estratégicas cidades do estado, descentralizando a ação e formando trabalhadores, gestores e militantes da saúde mental nas diferentes regiões gaúchas. Muitos desses egressos até hoje atuam e são referências estaduais no campo da saúde mental. Cabe ressaltar também que tais cursos foram precedidos por uma

articulação entre Brasil, Argentina, Uruguai e Paraguai, em uma formação apoiada pela Organização Pan-Americana da Saúde, na cidade de Concordia (Argentina), versando sobre o tema da administração de serviços de saúde mental. Fruto do encontro promovido por esta proposta formativa, é criado o Fórum Concordia de Salud Mental, integrado por representantes dos citados países, onde eram debatidos temas de transcendência e interesse aos membros, junto com convidados internacionais como Manfred Max-Neef, Franco Rotelli, Augusto Debernardi, entre outros.

Em parte inspirados nesse processo tão potente e produtor de ações estruturantes e perenes no nosso estado, e em parte como consequência viva do mesmo processo, em 2012 construímos essa cooperação internacional com a Universidad Nacional de Córdoba. O objetivo, desta feita, era uma cooperação formativa que apoiasse as ações de implementação e qualificação das redes de saúde mental de ambos países, bem como uma produção de conhecimento no campo, fruto da experiência, do trabalho vivo em ato em saúde mental e da reflexão e debate sobre o mesmo.

Merhy (2002) nos ensina que o trabalho vivo coloca em ato tecnologias relacionais. Trata-se dos encontros inerentes ao trabalho em saúde entre usuários, trabalhadores e gestores, nos quais as subjetividades estão presentes e atuantes. Gestos de cuidado tramados na relação estabelecida entre estes atores. Neste sentido, na cooperação construímos um processo de encontros entre distintas experiências no campo da saúde mental, que ultrapassasse uma simples apresentação formal reflexiva das mesmas e partisse a conhecer diretamente o campo de trabalho, os serviços, os territórios assistenciais, os territórios existenciais, a experiência viva do cuidado.

Pela Universidad Nacional de Córdoba, a Maestría en Salud Mental, vinculada à Escuela de Salud Pública da Facultad de Medicina e à Facultad de Psicología, que congrega alunos de distintas províncias argentinas, além de outros países sul-americanos, por sua posição geográfica central no território argentino, por sua tradição universitária de mais de quatrocentos anos e, principalmente, pela qualidade do processo

pedagógico desenvolvido, chancelado pela parceria com a Organización Pan-Americana da Saúde. A própria Maestría, nesse sentido, já reúne um grupo muito diverso, com uma gama ampla de formações acadêmicas, principalmente na área da saúde, com trabalhos realizados também em territórios e realidades sociais bastante diversas. É dizer que tal processo de formação em nível de pós-graduação *stricto sensu* já tem na pluralidade de experiências seu marco fundante. Coordenada pelos professores Rubén Oscar Ferro e Miguel Angel Escalante, não é só na pluralidade que a Maestría en Salud Mental se apresenta de antemão com grande potencial para uma cooperação internacional calcada no trabalho vivo. Sua estrutura pedagógica prevê, no primeiro ano, a criação e apresentação de um projeto de intervenção no âmbito da saúde mental. Somente após a aprovação de tal projeto é que a(o) aluna(o) da Maestría passa a construir um projeto de pesquisa em saúde mental. Se comparássemos ao modelo de cursos de pós-graduação brasileiro, seria algo como um mestrado que reunisse a modalidade profissional e acadêmica numa mesma proposta. Em suma, a Maestría en Salud Mental da Universidad Nacional de Córdoba, em nossa opinião, se estrutura desde um duplo processo de articulação da diversidade e da potencialização da experiência viva em território, que se redobra na reflexão teórico-prática, transformando a sala de aula numa ágora de discussão e produção de políticas públicas em saúde mental.

Pela Secretaria Estadual da Saúde do Rio Grande do Sul, a Escola de Saúde Pública e seu Programa de Residências Integradas em Saúde (RIS), bem como o Departamento de Ações em Saúde (DAS), principalmente em relação à Política de Saúde Mental Álcool, Crack e Outras Drogas, mas também abrangendo outras instâncias desse Departamento e da Secretaria como um todo, na própria medida da necessária articulação da saúde mental em um modelo universal, integral, participativo, equânime e regionalizado. No que tange à Escola, o que tínhamos para oferecer nesse intercâmbio, são as décadas de experiência das residências em saúde, outrora vinculados ao Centro de Saúde Escola Murialdo e ao Hospital Psiquiátrico

São Pedro, que a partir do final dos anos 1990 já foram integradas à ESP, a partir da construção no início dos anos 2000 do Programa de Residência Integrada em Saúde. Uma experiência de décadas de residências multiprofissionais que inicia com campos de estágio em serviços de saúde com gestão da própria SES e que, aos poucos, com a municipalização da saúde e a ampliação de especialidades e de vagas para residentes, passa a articular e construir conjuntamente com Secretarias Municipais de Saúde primeiramente da região metropolitana de Porto Alegre. Nesse sentido, além de um tipo de formação que por definição se dá em serviço, ou seja, tem suas raízes na experiência do cuidado no âmbito do SUS, e de também se propor pedagogicamente pelo agenciamento de saberes das ações em saúde no âmbito da gestão, atenção e participação, contava já em 2012 com uma gama diversa de serviços nos três níveis de atenção e, inclusive, em articulações intersetoriais e comunitárias. Uma formação que buscava a “potência levantando questões, investigando realidades e interrogando paisagens, na perspectiva de uma aprendizagem de si, dos entornos e dos papéis profissionais” (Ceccim, 2008:20), tal como proposto pelo autor como uma necessária reversão do pensamento da formação para realmente acompanhar a reversão já em ato do pensamento provocada pela reforma sanitária. A organização de seu processo pedagógico contava com as especialidades médicas em medicina de família e comunidade, dermatologia e psiquiatria; e as ênfases multiprofissionais em atenção básica, dermatologia sanitária, saúde mental coletiva, pneumologia sanitária e vigilância em saúde.

Do Departamento de Ações em Saúde oferecíamos para compor a cooperação a própria construção e qualificação das Redes de Atenção à Saúde no Rio Grande do Sul, especialmente a RAPS, mas sem esquecer o passado histórico do primeiro estado brasileiro a promulgar uma lei estadual da reforma psiquiátrica (Lei 9716/1992) e de criar cenários de atenção substitutiva ao manicômio antes mesmo das primeiras portarias ministeriais serem formuladas. A experiência de uma gestão viva, descentralizando

e apoiando as ações em todo o território gaúcho. No que se refere à saúde mental, induzindo processos de cuidado em liberdade, com um inédito financiamento de toda a linha de cuidado nos três níveis de atenção, com destaque às ações de promoção e prevenção, com a criação de Oficinas Terapêuticas, Núcleos de Apoio à Atenção Básica, Composições de Redução de Danos, e o trabalho de Acompanhamento Terapêutico vinculado aos serviços da atenção básica. E parte importante desse processo estava no desenvolvimento com ações de educação permanente, que eram articuladas com as Coordenadorias Regionais de Saúde, com a Escola de Saúde Pública e com os municípios, envolvendo gestores, trabalhadores e usuários.

Sendo assim, tínhamos nas mãos uma profusão de experiências de gestão, de atenção, de educação e de participação no campo da saúde mental coletiva, em distintos municípios e regiões do estado do Rio Grande do Sul, em distintas cidades e províncias argentinas e outros países sul-americanos. Além dessa profusão de experiências, tínhamos uma história escrita conjuntamente, que fortalecia os laços de trabalho e intercâmbio, além de impulsionar um futuro de novas construções conjuntas. História aqui tomada tal como nos ensina Walter Benjamin (1940), a citação do passado como um raio que se presentifica e explode prenhe de futuro.

Não obstante, era necessário gerar um encontro dessas experiências, que ultrapassasse, cabe ressaltar, a lógica da simples exposição. É nesse contexto que, em um processo de construção coletiva, que nascem as Oficinas Internacionais de Experiências em Saúde Mental com uma metodologia participativa de intercâmbio de experiências a partir das rodas de conversas que se dobravam e se redesejavam como mandalas na intercessão das visitas a municípios – conhecendo experiências de gestão, atenção/assistência e projetos vinculados ao movimento social e participação popular no âmbito da saúde mental. Estas visitas, em seu próprio ato de observação participante, se redobravam sobre as rodas de conversa, na medida que a própria visita passava a constituir uma experiência a mais nessa relação. Cabe ressaltar que criávamos um

desenho de base para o percurso formativo de cada aluno, mas com uma flexibilidade que permitia ao aluno optar por um conjunto de propostas que atendesse aos seus anseios formativos e em consonância com o seu processo de pesquisa de campo, atendendo assim as demandas singulares de educação de cada participante.

Ao total foram cinco Oficinas Internacionais de Experiências em Saúde Mental, quatro no Rio Grande do Sul/Brasil e uma em Córdoba/Argentina. Os serviços e experiências visitados/no Rio Grande do Sul por quatro turmas de mestrados dessa universidade argentina eram vinculados à Residência Integrada em Saúde da ESP, que vinha desde 2011 já num processo de expansão e descentralização. Sendo assim, os mestrados, acompanhados pelos residentes, tutores e profissionais dos serviços que eram campo de estágio, conheceram experiências em saúde mental em distintas cidades de diferentes regiões do estado. Porto Alegre, Canoas, Novo Hamburgo e São Leopoldo na Macrorregião Metropolitana, mas também São Lourenço do Sul na Macrorregião Sul e Alegrete na Macrorregião Centro-Oeste. Realidades socioculturais bastante diversificadas, com respostas de políticas públicas também diferentes. Neste sentido, mesmo serviços semelhantes, com a mesma nomenclatura e obedecendo às mesmas normativas, constróem respostas de cuidado distintas. Um Centro de Atenção Psicossocial de Porto Alegre precisa responder a uma realidade epidemiológica, a uma realidade sociocultural, a necessidades de saúde de seu território, que não serão as mesmas no Alegrete, por exemplo. A própria construção do Sistema Único de Saúde já aponta para essa necessidade de pluralidade de ações em resposta a distintas realidades. O mesmo serviço em municípios e até bairros diferentes de uma mesma cidade não podem ser iguais, já que, por exemplo, devem estar preparados para responder também ao tipo de migrações que compõe a população e suas identidades culturais hegemônicas e contra-hegemônicas, às especificidades da economia local, a geografia humana da região, a capacidade instalada de serviços das redes de saúde e intersetoriais e um longo *et cetera*.

Assim os mestrados tiveram contato com os três níveis de atenção da Rede de Atenção Psicossocial em diferentes contextos, incluindo também o controle social – participando de reuniões do Conselho Estadual de Saúde e de Conselhos Municipais de Saúde –, bem como de ações comunitárias e do movimento social em saúde mental. Conheceram experiências exitosas a inovadoras e, até mesmo, participaram de agendas emblemáticas da saúde mental do estado como o Mental Tchê, em São Lourenço do Sul, e a Parada Gaúcha do Orgulho Louco.

Eram grupos em média de 20 (vinte) mestrados e mestradas que traziam cada qual a sua experiência em saúde mental para colocar na mesa da partilha, do intercâmbio. Em sua maioria profissionais da saúde e da assistência, das mais variadas formações, de regiões também bastante distintas, trazendo as singulares respostas de políticas públicas de cada contexto social, econômico, político e cultural. Falamos de experiências como: ações de prevenção em saúde mental no campo do uso problemático de álcool para povos originários da etnia Qom da província do Chaco; a descentralização da saúde mental na província de San Luís; o trabalho com a desinstitucionalização de usuários de um hospital neuropsiquiátrico em Córdoba capital; a construção do acompanhamento em liberdade de usuários em situação de crise em Villa María; a construção de uma abordagem de cuidado integral a crianças com doenças crônicas a partir dos próprios modelos explicativos num hospital em Montevideo; enfim, toda uma gama de experiências no âmbito da saúde mental que compareceram e estiveram presente nessas Oficinas no nosso estado.

Já na Oficina Internacional de Experiências Saúde Mental em território argentino, levamos 60 (sessenta) integrantes de uma comitiva composta por residentes, preceptores e profissionais da gestão estadual e dos serviços campos de nossa Residência Integrada em Saúde. Essa comitiva conheceu experiências nas cidades de Rosário e de Córdoba, recepcionados por mestrados dessas localidades que fizeram anteriormente o caminho inverso. Também participaram do Congresso Internacional de Salud

Pública, promovido pela Escuela de Salud Pública da Universidad Nacional de Córdoba.

As Oficinas Internacionais de Experiências em Saúde Mental, ativadas na articulação entre a ESP cordobesa e a ESP gaúcha, bem como na história de criação, produção e qualificação *pari passu* de políticas públicas nessa âmbito, têm até hoje suas ressonâncias tanto no trabalho vivo de quem pode participar desse intercâmbio, quanto na própria população a quem se destina esse cuidado atravessado por tamanha pluralidade de experiências. Ações simples, de troca e de encontro, com um amplo e complexo efeito que se estabelece no fortalecimento da formação em ambas instituições, bem como o fortalecimento da implementação e qualificação das redes locais, regionais e estaduais/provinciais de saúde mental, chegando até cada gesto de atenção, até a micropolítica do cuidado.

Referências:

- Argentina. Ley 26.657, de 2 de diciembre de 2010. Derecho a la Protección de la Salud Mental. Disposiciones complementarias. República Argentina, 2010.
- Ceccim RB, Feuerwerker L. O Quadrilátero da Formação para a Área da Saúde: Ensino, Gestão, Atenção e Controle Social. *Physis: Rev. Saúde Coletiva*. 2004; 14(1):41-65.
- Ceccim RB. A emergência da educação e ensino da saúde: interseções e intersetorialidade. *Revista Ciência & Saúde*. 2008; 1(1):9-23.
- Benjamin W. Sobre o conceito da História (1940). In: Benjamin W. Obras Escolhidas - Volume I: Magia, técnica, arte e política. Ensaios sobre literatura e história da cultura. 3ª ed. São Paulo: Brasiliense; 1987.
- Fagundes SMS. Águas da pedagogia da implicação: intercessões da educação para políticas públicas de saúde. Dissertação [Mestrado em Educação] - Universidade Federal do Rio Grande do Sul; 2004.
- Merhy EE. Saúde: a cartografia do trabalho vivo. 3a ed. São Paulo: Editora Hucitec; 2002.
- Ministério da Saúde (Brasil). Portaria Nº 3.088, de 23 de dezembro de 2018. Institui a Rede de Atenção Psicossocial para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). *Diário Oficial da União* 30 dez 2011.
- Visacovsky SE. Pensar El Lanús, pensar la Argentina. *Psicoanálisis APdeBA*. 2003; 25(2/3):441-55.



Da residência artística à Nau da Liberdade: testemunhos de um processo de gestão entre teatro, saúde mental e cidadania

Márcio Mariath Belloc
Károl Veiga Cabral
Maria de Fátima Bueno Fischer

No ano de 2011, o grupo italiano Accademia della Follia fez uma turnê pelo Brasil, sendo que entre as cidades visitadas estavam os municípios gaúchos de São Leopoldo e Porto Alegre. A Secretaria Estadual da Saúde (SES) apoiou, em conjunto com o Conselho Federal de Psicologia (CFP) e o Conselho Regional de Psicologia (CRP/RS), a vinda a nosso estado e proporcionou a realização de espetáculos gratuitos ao público no Teatro da AMRIGS. Entre as pessoas que foram assistir o espetáculo encontravam-se muitos ex-usuários do Hospital Psiquiátrico São Pedro (HPSP), que então viviam em Serviços Residenciais Terapêuticos ou em casas próprias, assim como alguns que ainda moravam dentro da estrutura do manicômio e a sociedade em geral. Na época, o CRP publicou em seu site:

Centenas de pessoas prestigiaram neste sábado (18) o espetáculo Extravagância, promovido pelo grupo teatral italiano Accademia della Follia. A vinda da companhia a Porto Alegre (RS), com apresentação de duas sessões no Teatro da AMRIGS, foi possibilitada pelo apoio do Conselho Federal de Psicologia, Conselho Regional de Psicologia do Rio Grande do Sul e Secretaria Estadual da Saúde. Agradecendo a presença dos espectadores, a Conselheira Presidente do CRPRS, Vera Lúcia Pasini, lembrou dos esforços para trazer a companhia ao Brasil. “Esta é uma noite de sonho. Um sonho que foi construído desde o ano passado, quando soubemos da existência da Accademia della Follia e trabalhamos para que eles pudessem estar aqui em Porto Alegre. Com o apoio do Conselho Federal de Psicologia e a Secretaria Estadual da Saúde, pudemos realizar hoje o sonho deste belo espetáculo”, afirmou. A diretora do Departamento de Ações em Saúde, Sandra Fagundes, elogiou a proposta da companhia, baseada na combinação entre loucura e arte: “A Accademia della

Follia mostra que é possível construir um outro mundo onde caibam as diferenças, com espaço para uma estética produzida pela liberdade”. O espetáculo em português teve a orientação do mestre Claudio Misculin, que esteve ligado a Franco Basaglia durante o período de desinstitucionalização dos manicômios da Itália. (CRP/RS, 2011)

O espetáculo nos encantou de diferentes maneiras e nos colocou imediatamente em movimento. Maria de Fátima Fischer, na época a frente do processo de desinstitucionalização do HPSP, e que sempre esteve trabalhando na interlocução da saúde e da arte, chegou a comentar que seria uma ótima ideia fazer algo análogo em nossas terras. Construir um projeto que tivesse como pressuposto a arte na sua potencialidade libertadora. Muitos de nós concordamos, até sonhamos, pensamos o quanto seria importante desenvolver um trabalho com as pessoas, que após tantos anos ainda seguiam excluídas da sociedade estando guardadas dentro do hospital psiquiátrico. E quantas vidas haviam sido interrompidas e impossibilitadas de seguir seu curso normal após o início do que comumente é chamado de carreira psiquiátrica.

Nós, naquele momento na gestão da Secretaria Estadual de Saúde, sabíamos de onde havíamos vindo. Sabíamos que nossa luta iniciada na década de 1980 pela garantia dos direitos humanos e denunciando as condições nos hospícios brasileiros seria só um começo. As conquistas asseguradas nas Leis da Reforma Psiquiátrica, seriam os primeiros passos na transformação nos cuidados em saúde mental, mas que teríamos (e temos) o desafio de mudar a relação da sociedade com a loucura, e esta se faz na mudança do olhar, no respeito e na convivência com a diferença e uma possibilidade potente é a mudança cultural, no território das artes.

Todos forjados no campo da luta antimanicomial, comprometidos com a reforma psiquiátrica e com o Sistema Único de Saúde (SUS). Sabíamos da dívida histórica que o território brasileiro ainda carrega com a presença dos hospitais psiquiátricos em funcionamento. Só

no Rio Grande do Sul existiam seis deles, sendo que o HPSP é de responsabilidade da gestão estadual. Queríamos muito poder mudar aquela realidade, devolver aos usuários a possibilidade de uma vida em sociedade, mais autônoma, menos marcada pela doença, mais marcada pela vida. Ao mesmo tempo, compreendíamos a situação dos trabalhadores da estrutura do HPSP, muitos deles também adoecidos e marcados pela exclusão, como muitos dos usuários. A mudança era geradora de conflito eminente com nossos próprios colegas. A arte nos parecia uma ideia maravilhosa para fazer circular o desejo de liberdade, de potencializar a vida em todos, usuários e trabalhadores. Quem sabe este não seria um caminho para construir a tão desejada desinstitucionalização. Pensamos que o teatro poderia ser uma grande ferramenta de levar para fora trabalhadores e usuários, desinstitucionalizar práticas e fazeres, rompendo com o circuito manicomial. A arte como poder transformador daqueles que se deixam atravessar por ela. Mas fomos levados pela dureza do cotidiano da gestão, que nos puxava a um sem número de tarefas, e esta ideia ficou lá guardada em nossa memória. Seguíamos prenhes de desejo, mas ainda não conseguíamos vislumbrar como acessar este sonho.

Mas eis que tudo que é prenhe uma hora ganha vida e, acionados por nossa diretora do Departamento de Ações em Saúde, Sandra Fagundes, aquela ideia que parecia impossível voltou a ganhar força. Um e-mail de Cinzia Quintiliani nos colocava outra vez em movimento. Ela agradecia a acolhida no Brasil e contava que haviam ganhado uma verba internacional para desenvolver um projeto de teatro e que havia pensado, juntamente com Franco Rotelli, no Rio Grande do Sul como parceiros. As interlocuções entre a reforma psiquiátrica italiana e a gaúcha já ocorriam de longa data. Ações conjuntas que culminaram em seminários, eventos, escritos. Mas agora surgia uma nova oportunidade: realizar uma experiência de residência artística entre o grupo da Accademia della Follia de Trieste e um grupo de usuários e trabalhadores do Hospital Psiquiátrico São Pedro e da

rede de serviços substitutivos, além de artistas locais não diagnosticados. O e-mail de Cinzia de 27 de novembro de 2012 que nos embalou novamente o sonho foi assim:

Olá a todos, mais uma vez quero agradecer a todos pela colaboração e pela parceria neste projeto tão desejado e querido. Sandra, como conversado telefonicamente, confirmo que a cia Accademia della Follia já está com o 80% dos recursos liberados pela Regione Friuli Venezia Giulia. A nossa prioridade agora é começar a trabalhar na pre-produção do projeto em anexo. Estou enviando uma ficha explicativa do projeto A Arte da Loucura, com indicação dos responsáveis de cada ação a ser desenvolvida. Este esquema foi criado a partir do nosso relativo conhecimento da estrutura administrativa da Secretaria e do HPSP. Károl nos indicou Fátima e Rafael como responsáveis pelo processo de desinstitucionalização do HPSP.

Por favor, vocês podem conferir se a colocação das responsabilidades está certa e, em caso contrario, atuar as devidas modificações? Isso vai nos ajudar bastante para ter uma visão mais clara da situação. No anexo está especificado também o número de pessoas que viajarão pelo Brasil e o período de permanência deles. Está tudo certo pra vocês? Na próxima terça-feira encontrarei Rotelli e conversarei com ele sobre a vinda da equipe CoPerSamm.

Sandra, conversei já pelo telefone com Franco e ele gostaria muito de receber um email seu falando da vinda dele ao Brasil.

Aguardo um vosso retorno.

Abraço,

Cinzia Quintiliani

Imediatamente nos colocamos em movimento. Era preciso convencer o secretário da saúde a autorizar a parceria entre o Brasil e a Itália: apresentar o projeto, autorizar junto à Contadoria e Auditoria Geral do Estado (CAGE), viabilizar financeiramente, ver local para alojar os italianos, convencer os colegas do HPSP, acionar os parceiros já engajados,

divulgar para rede substitutiva de serviços para ver quem se interessava, enfim, tanto trabalho que não podíamos nem sequer respirar. Sonho que se sonha junto pode se tornar realidade, pensávamos. E estava acontecendo. A equipe da política de saúde mental, juntamente com a equipe da desinstitucionalização e o grupo diretivo da Escola de Saúde Pública, local responsável pelos percursos formativos das residências, formaram um grupo de trabalho, para tocar este projeto.

O secretário da saúde foi imediatamente sensível ao projeto. Também ele havia passado, como estudante de medicina, pelo espaço do HPSP na década de 70, e entendia que não era um local apropriado para ninguém morar. Ainda que ele não fosse um mentaleiro como nós, aderiu ao sonho, alertou que teríamos muito trabalho para convencer a CAGE da necessidade de alocar recursos da saúde em um projeto envolvendo arte, mas se colocou à disposição para tudo que fosse preciso. Pronto pensamos: o mais difícil já passou, temos o apoio do secretário e orçamento, agora vai. Mas ali só iniciávamos uma etapa do processo de idas e vindas que culminou na realização do projeto de residência artística.

E ainda tinha esta proposta dos italianos de fazer tudo dentro do HPSP, algo que nos soava super estranho. A gente querendo desinstitucionalizar e eles querendo fazer uma imersão que envolvia morar por três meses dentro do hospital. A gente só pensava que talvez estes europeus não saibam o que é um hospital psiquiátrico na América Latina, e fiquem imaginando uma estrutura hospitalar já aberta como a deles, que aqui ainda há modelos em disputa, tanto como resposta clínica quanto como resposta social. Que o dentro e o fora são bem demarcados com muros e grades. Apesar dos grandes feitos da reforma em nosso território, ainda vivíamos uma situação social muito diversa da sociedade de bem estar presente na Itália. Percebemos que havia muito mais coisas a ajustar. E foi importante nos experienciarmos neste processo inicial. Fazer o dentro (no hospício), para que o fora imediatamente emergisse. Nossa metodologia preme de ética e democracia possibilitou que a dureza de

nossas instituições apontassem sinais de rupturas assim como dava sinais instituintes, que algo se movimentava.

Muitos correios eletrônicos foram trocados entre o grupo da SES e o grupo da Itália. Muitos ajustes. Muito trabalho junto à CAGE para dizer porque a saúde iria financiar um projeto eminentemente artístico, enquanto que os parecia óbvio que deveria ser financiado pela Secretaria da Cultura. Ocorre que na estrutura rígida do estado, cada programa está dentro de uma dotação orçamentária previamente definida. Desta forma, a Cultura recebe a sua verba anual, assim como a Saúde. Apesar da Lei 8080/1990 ser absolutamente clara quanto a concepção de saúde também como acesso a lazer, a cultura entre outros; apesar da mesma Lei partir do pressuposto estabelecido pela Organização Mundial da Saúde de que a saúde só se constitui a partir de um bem-estar físico, mental e social. Muitas pessoas ainda seguem achando que saúde só se produz com medicamento, serviços de saúde e programas de imunização. Com o grupo da Secretaria da Fazenda representados na SES pela CAGE, não era diferente. Inicialmente eles não viam porque liberar os recursos para o projeto, questionando-nos porque não fazíamos uma parceria com a Secretaria da Cultura. Fizemos uma boa conversa com a coordenação da CAGE, mostramos o trabalho do grupo teatral e os efeitos que haviam se produzido naqueles que ingressaram no coletivo teatral, antes marcados e estigmatizados como pacientes psiquiátricos. Assim que viram as imagens e nos escutaram falar da importância da arte em processos de reinserção social, na verdade e importância da arte para a vida de qualquer pessoa, o grupo da CAGE avalizou o projeto que começou a andar pela longa peregrinação burocrática dentro da SES, até que se convertesse na real possibilidade de pagamento ao grupo. O caminho burocrático foi bastante longo e demandou que a gente ficasse perseguindo os projetos para que eles pudessem seguir seu fluxo, e em cada ponto que eles passavam e estacionavam, uma conversa era disparada entre a equipe da política de saúde mental e o

departamento/divisão que estivesse com o projeto na mesa. Todo este processo que pode ser moroso, também resultou em uma apropriação por parte dos funcionários, que até então não tinham contato com o campo da saúde mental. Para eles foi um processo educativo. Inclusive muitos destes trabalhadores e trabalhadoras do burocracia central, das categorias consideradas mais duras por serem administrativas, foram de certa forma capturados pela cena teatral, tanto que muitos deles compareceram ao espetáculo que resultou deste processo, como logo mais contaremos. Nossa pressa tinha razão. Do outro lado do oceano o grupo também iniciava seu movimento de vinda ao Brasil e se organizava para tanto, como atesta o e-mail de Carmen Palumbo para Maria de Fátima Fischer de 14 de dezembro de 2012:

Fátima,

como te falei no email anterior, a oficina será para máximo 20 pessoas de POA. Então ficaria assim: 20 pacientes HPSP + 3 operadores + 2 assistentes direção + 1 diretor + 4 atores da Accademia = total 30 pessoas.

A oficina será desenvolvida 5 dias por semana de segunda a sexta, o horário poderá ser definido em um segundo momento (caso seja de manhã faixa horária das 08.30h às 12.30; caso seja pela tarde das 14 às 18h).

E' importante que o espaço seja adequado para 27 pessoas, com possibilidade de movimento. O treinamento da Accademia della Follia é muito físico.

Sobre os participantes, não é importante que eles já tenham experiências com teatro, o que é importante é a motivação deles, a curiosidade, o empenho de participar de uma oficina durante 3 meses.

*Os operadores, além de participar recebendo uma remuneração, serão formados para replicar a experiência do laboratório no futuro. Não esquecem que o projeto proposto é um projeto de **COOPERAÇÃO** e **FORMAÇÃO** profissional.*

As minhas perguntas são:

- existe um teatro dentro do HPSP? Pode enviar as fotos pra mim?
 - qual é o espaço que você poderiam disponibilizar para os ensaios?
 Pode me enviar as fotos do espaço?
 - foram já selecionados os 20 pacientes/atores?
 - foram já selecionados os 3 operadores?
 - podemos realizar mini entrevistas (com a ajuda de Carina) dos pacientes e dos operadores?

Fátima, eu estou morando na Bahia e estou pensando de chegar no início de fevereiro para ver os espaços (palestra, teatro e apartamentos). Se você tiver perguntas específicas ou precisar de dados e/ou informações, por favor me escreva.

Ficamos em contato e vamos começar esse lindíssimo projeto. Todas as instituições italianas (Dipartimento de Saúde Mental de Trieste, Regione Friuli Venezia Giulia, Prefeitura, etc..) estão cientes e estão investindo no projeto.

Abrços,
 Carmen

Então era isso, sonho virando realidade. Agitações daqui e dali, arestas a serem discutidas, como esta insistência em realizar tudo dentro do HPSP, seguir tocando o processo nas instâncias da secretaria, viabilizar tudo pra chegada do grupo e o esperado início da residência artística. Fátima, que já havia batizado o projeto de ações que desenvolvíamos dentro do HPSP de São Pedro em Movimento, em uma clara alusão ao projeto São Pedro Cidadão, marca do movimento da luta por uma sociedade sem manicômios no Rio Grande do Sul, selecionou duas residentes vinculadas às artes para acompanharem o grupo de teatro. Éramos pura expectativa! Agora era continuar correndo contra o relógio, um dos esportes mais frequentes de quem está na gestão, e aguardar a chegada das italianas, como atesta o e-mail de Károl para Cinzia e Carmen de 22 de janeiro de 2013:

Caras parceiras,

Dia 26 de fevereiro às 18h chega o grupo de artistas da Academia. Organizamos uma van que vai buscá-los no aeroporto e levar para o residencial. Falei com o Guilherme que vai acompanhar a chegada. Ele é trabalhador do SRT e vai recepcionar o grupo, certo?

Todos tem o meu telefone. Podem me ligar para o que for preciso. Infelizmente no dia da chegada de vocês estarei indo pra Santa Maria, mas volto na quarta a noite e quinta já me encontro com vocês!!!!

Estamos muito felizes com a chegada de vocês e com uma super expectativa do lindo trabalho que vamos desenvolver juntos...

AbraSUS e boa viagem!!!

Károl

Uma profissional do teatro gaúcha selecionada pelo próprio grupo da Accademia della Follia, foi recebê-las no aeroporto. Após verem as fotos eles haviam desistido de ficar no hospital. Mas seguiam com a ideia de ficar no Serviço Residencial Terapêutico Morada São Pedro, do qual também mandamos fotos e avisamos que ficava em uma área de vulnerabilidade. O grupo entendeu que não havia problema e a van rumou do aeroporto para o SRT, onde todos aguardavam o grupo com grande euforia. Novamente as diferenças entre a realidade de uma país da America Latina e um europeu ressoariam em alto e bom som entre nós. Diferente da realidade da Itália, o Brasil tem uma desigualdade social brutal. Uma área de vulnerabilidade social em Porto Alegre não é o mesmo que uma área de vulnerabilidade em Trieste. O grupo se deparou com uma favela para a qual não estavam preparados, um área cujas casas apresentavam um conforto modesto, que encantou as italianas nas fotos, mas que era cercada por um entorno bastante degradado, com uma disparidade de classe inexistente para o padrão europeu. Conviver na realidade de nossas moradias, do cotidiano de um residencial terapêutico aqui no Brasil, neste Rio Grande do Sul, dos travesseiros, das camas, das refeições que tanto e maravilhosamente

vivenciadas com imenso prazer por usuários gaúchos desinstitucionalizados, para os companheiros italianos era consideradas precárias, o que fez com que reavaliássemos o andar do intercâmbio. Estabelecidas as trocas iniciais do com-vivência ítalo-gaúchas desinstitucionalizantes, iniciamos na arte da construção coletiva de um teatro da liberdade. Desta forma, colocamos em marcha o plano de alugar um apartamento perto do HPSP, que pudesse acolher todo grupo, os que chegavam nesta primeira leva e os que viriam depois, já em um segundo momento.

Os artistas e as produtoras foram então acolhidos e, vencidas estas barreiras iniciais que falam de nossas profundas diferenças sociais, o trabalho da residência artística estava pronto a iniciar.

Inicia-se a seleção, a busca de interessados em participar do grupo de formação em teatro na residência artística. Aqui, merece uma pausa. Listamos usuários do Hospital, dos residenciais terapêuticos, de rede de Porto Alegre e região metropolitana. A equipe inicial formada por uma técnica-militante da desinstitucionalização – com experiência de um teatro espontâneo no Morada São Pedro, desde seu início –, a profissional gaucha do teatro já contratada e Fátima começaram a entrevistar os candidatos, tanto usuários como trabalhadores. Muita contradição, estar no pátio do hospício, um território de morte, cinza, prédios deteriorados e nós ali propondo Vida. Muitos diziam não querer voltar para lá, só vivenciar novamente o mesmo lugar que o prendera, maltratara anteriormente, produzia em nós angústia e certo descrédito, como produzir vida em morte? Incrédula estava também essa equipe inicial.

No estado estávamos num momento muito intenso de desinstitucionalizar, nosso movimento era na rua, com a cidade, com a vida lá fora. Tínhamos realizado projetos do fora: São Pedro vai ao São Pedro²⁵, numa construção de um outro caminho possível, trilhando cidadania. Certamente a aceitação de usuários e trabalhadores de participar

²⁵ Projeto em que usuários do Hospital Psiquiátrico São Pedro frequentaram pela primeira vez o Teatro São Pedro, referência nacional como grande sala de espetáculos em Porto Alegre/RS. E foram obstáculos muito semelhantes como os que aqui tivemos que enfrentar, afirmando cada vez mais que tínhamos que assegurar a reforma psiquiátrica, na rua, na cidade.

da primeira etapa da seleção para a formação no grupo teatral foi devido a confiança gerada, num sonho que continuávamos a construir juntos. Metodologia centrada na escuta, na ética e na democracia nas relações. A pausa, sim, necessária, pois as entrevistas foram se dando no pátio da instituição, onde os depoimentos, como se fossem testemunhos de vida, por um lado traziam a nós a dor do corpo e da alma, o que, ao mesmo tempo, seriam os grandes dispositivos de transformações. O mesmo corpo que sofre e a memória que não cansa de trazer o cotidiano do hospício seriam os registros que foram tomados para encenar. As trocas iniciais com os artistas italianos causaram estranhamentos, olhares desconfiados, e o que menos atrapalhou foi a diferença da língua (italiano/português), pois estávamos entre usuárixs, artistas e trabalhadorxs que haviam sido expostos a dureza dos maus tratos institucionais. As trocas eram entre sofrimentos semelhantes. E aí os ensaios: a disciplina necessária (rotina dos ensaios intensos), foi dando certeza que a arte é produtora de vida. Era de impressionar que xs usuárixs artistas passaram a frequentar cinco dias por semana, três horas diárias, sem se ausentar. Até os dias de hoje, o sentido dado aos ensaios superaram a mesmice do hospício, a rotina sobre o nada, onde se expropriam as subjetividades, e tudo é sempre igual e pior. O teatro, os ensaios, cheios de dificuldades inerentes ao exercício profissional, eram contornados com o sentido do Fazer, da alegria de conseguir produzir algo, criar um movimento. Inicialmente a rigidez e a dureza na direção do grupo, foi dando espaço para um grupo de teatro. Quando o grupo ou parte dele era convocado para ensaios extras, de cenas, da música, havia adesão. No início, na primeira seleção, houve desistências, em especial por dificuldades impostas pela instituição, ao impossibilitar o transporte para os ensaios, como xs usuárixs-artistas que viriam de Viamão, cidade há 15 km de Porto Alegre. Ou xs de dentro do hospício, colocando inúmeros empecilhos para que xs usuárixs pudessem comparecer. Um “grupo tarefa” se dispunha a ir, passo a passo, enfrentando as amarras institucionais. Com a direção e a equipe da Desinstitucionalização, íamos instituindo

aqui e ali diálogos, aproximação e muitxs trabalhadorxs já nos recebiam bem, apostando no potencial do teatro, iam espiar os ensaios, às vezes ate participavam do aquecimento. E íamos assim, desafiando o dentro e o fora, movimentando e produzindo novas formas de subjetivação. Em muitas vezes, xs trabalhadorxs institucionalizadxs faziam cair sobre o grupo de teatro a responsabilidade pelas possíveis piores (na visão hospitalocêntrica) dxs usuárixs-artistas. E não era incomum artista não querer voltar para sua unidade hospitalar, sequer na hora do almoço. Queriam ficar no teatro, era a mais viva manifestação do desejo, a presença do desejo, numa instituição que anula qualquer produção desejante. Preferiam não comer, mas se alimentar de vida, do teatro. Nxs trabalhadorxs e usuárixs-artistas que compuseram o grupo do teatro era visível dia a dia, as mudanças no corpo, nas expressões. O início foi difícil, as metodologias diferentes, a construção dos vínculos foram aos poucos dando lugar para necessária viabilização da peça a ser apresentada. Xs italianxs que tinham vindo com a peça quase pronta, precisaram dar espaço para o encontro com xs usuárixs-artistas, profissionais gaúchxs e permitirem o encontro em arte, em teatro. O contexto institucional (secretaria da saúde, setores da cultura, comunicação, administrativo), o hospício e toda a resistência interna foram superadas pela potência técnico-político-militante que sustentou a realização da peça que se intitulou “Azul como a Liberdade”.

Após três meses de muita imersão e preparação finalmente o espetáculo “Azul como a liberdade” estava pronto para ser apresentado ao público. Um grande palco foi armado dentro do pátio do HPSP, no imenso gramado bem em frente do prédio centenário. A divulgação foi intensa, mas a surpresa de ver a quantidade de pessoas que se dirigiram ao gramado do HPSP naquela noite foi ainda maior. O espaço montado ficou lotado de gente, filas se formaram e muita gente não conseguiu entrar, dada a quantidade de público muito superior ao imaginado. O público começa a chegar e se acomodar. A maioria vem de todos os cantos da cidade, em seus carros ou de táxi, alguns até de ônibus. Um outro grupo vem de dentro, dos

pavilhões esquecidos no tempo atrás dos muros. Cenas vão nascer deste encontro do dentro com o fora, tentando estabelecer pontes entre o dentro e o fora. Pontes capazes de manter alguma ligação para além desta noite e que possam permitir a passagem e o encontro da cidade com o prédio histórico, assim como o encontro das pessoas internadas de longa data com a cidade. Uma colega conta que pegou um taxi no centro dizendo toda feliz, que iria assistir uma peça no São Pedro. O taxista logo comentou que então a corrida seria pequena, pois o teatro era ali ao lado, ao que a colega retrucou rindo e explicando que se tratava do Hospital Psiquiátrico São Pedro. O taxista ficou pasmo de saber que “aquilo” ainda existia, e ainda mais por saber que uma encenação teatral ocorreria lá dentro. O que nos faz refletir que as distâncias não se encontram só entre o grupo de além mar e nós. Dentro de nossa cidade temos muitas pessoas que não imaginam que o hospital siga existindo e que pessoas se encontrem confinadas pelo simples fato de possuírem um diagnóstico de saúde mental. As pessoas continuavam chegando de todos os lados. Nós, apesar de sabermos o que iria ocorrer, sentíamos o frio na barriga digno das grandes estréias. De certa forma todos estavam estreando.

Uma noite linda, com uma lua cheia fantástica. Olhos ávidos de dentro do hospital sentados na primeira fila do teatro aguardavam para ver o que xs colegas internos iriam produzir naquela noite. Olhos arregalados de pessoas que chegavam lá de fora para assistir uma peça de teatro em um outro São Pedro, com o qual não estavam acostumados. Ao final, todos os olhos vidrados e marejados aplaudindo de pé o grande espetáculo que nos foi ofertado. Na época a assessoria de comunicação, na figura da jornalista Nanda Duarte publicou este texto no site oficial da SES:

A parceria da Secretaria Estadual da Saúde (SES) com o grupo teatral italiano Accademia della Follia resultou em um novo projeto de fomento cultural no Hospital Psiquiátrico São Pedro (HPSP). As oficinas de

teatro e dança iniciadas há três meses para o espetáculo conjunto Azul como a Liberdade serão mantidas no hospital. Já estamos montando o texto da próxima peça que será encenada, informa a diretora de desinstitucionalização do HPSP, Fátima Fischer, que promove a iniciativa em parceria com a seção de Saúde Mental da SES.

Artistas profissionais, usuários-moradores e funcionários do hospital integram o grupo que se reúne três vezes por semana, e que agora passa a contar também com colaboradores de outros serviços da Rede de Saúde Mental, como os Centros de Atendimento Psicossocial (CAPSs).

Fátima Fischer explica que parte da motivação em manter o projeto se deve à grande adesão dos usuários. A alegria das pessoas que participam do grupo nos indica que há algo de comum entre esse projeto e um dos princípios que trabalhamos na linha de cuidado, que é acessar o desejo do outro. Queremos que o usuário fale de si, afirma.

Para a psicóloga, há uma articulação entre arte e loucura capaz de tornar a expressão artística em um importante recurso de inserção social, aliado às práticas de desinstitucionalização do atendimento, preconizada pela Reforma Psiquiátrica. Como exemplo, ela cita um paciente do HPSP, cujo diagnóstico exclui a possibilidade de cura, e que, envolvido nas oficinas para a encenação da peça Azul como a Liberdade, desenvolveu a capacidade de apresentar toda a peça em condições de igualdade em relação aos artistas profissionais. Não se trata de prescrição médica, as pessoas participam por desejo próprio, explica.

O espetáculo

Formado por ex-internos de hospitais psiquiátricos italianos, o grupo Accademia della Follia permaneceu três meses no Estado ensaiando com artistas, pacientes e funcionários do São Pedro, que passaram a integrar a trupe no Brasil. Como resultado, o espetáculo Azul como a Liberdade foi encenado no encerramento da Semana de Luta Antimanicomial, no dia 18 de maio passado, em palco montado no próprio hospital.

Com elenco de 20 atores e três músicos, e sob direção de Ana Dalbello, a peça relata histórias de vida em meio à estrutura manicomial e provoca os limites entre loucura e sanidade. Devido à grande procura, a SES promoveu apresentações extras na CCMQ, todas lotadas, no dia 23 de maio.

O espetáculo não pode parar, e do gramado do HPSP a peça ganhou o palco da Casa de Cultura Mario Quintana, um importante símbolo da cultura gaúcha, localizado no centro da cidade. Apesar do espetáculo ser totalmente gratuito, tínhamos que produzir ingressos para controlar o número de pessoas que poderiam assisti-lo com segurança e conforto. Mas os ingressos se esgotaram logo nas primeiras horas em que foram disponibilizados. A previsão era de realizar apenas uma sessão, mas conversamos com os artistas que, dada a grande procura, toparam em realizar uma nova sessão. Se mais noites fossem ofertadas, mais pessoas teriam assistido o espetáculo. Muitas pessoas ficaram sem o almejado ingresso.

Estreia e inúmeras apresentações rastilhando ares de mudanças e concretizando os sonhos. Sim, era e foi possível trazer o Accademia della Follia e agora tínhamos a nossa peça italo-brasileira. Experimentar fazer teatro – para alguns sem nenhuma experiência anterior –, olhar a beleza do trabalho produzido, trouxe a certeza da radicalidade transformadora da arte, do revolucionário lugar do teatro, da música como grande dispositivo desinstitucionalizante. Logo após o retorno da companhia italiana, criou-se o grupo Nau da Liberdade, compromisso exigido desde o início das conversas entre italianos com o governo do estado do RS. Em 28 de maio de 2013, primeiro ensaio sem artistas italianos. Foram momentos difíceis, luto necessário, e o que melhor sabíamos fazer era colocar o corpo em cena e vivenciar o que mobilizava o grupo. Num determinado momento, um artista-usuário, coloca alguns colchonetes no chão, e nos coloca no mar, perdidos, ele assume uma embarcação e nos resgata do mar. Não precisava dizer nenhuma palavra, emocionados vimos surgir a primeira peça do grupo recém criado: “O Resgate”.

Toda esta movimentação, esta receptividade do público, esta energia boa e os progressos que os envolvidos tiveram ao acessar o teatro, como já descrito, só poderia resultar na formação de um grupo de teatro chamado Nau da Liberdade. O grupo nasce deste encontro com xs italianxs, mas também deste encontro com xs residentes, principalmente do campo das artes, vinculadxs à ênfase em Saúde Coletiva da Residência Integrada em Saúde da Escola de Saúde Pública, e com a própria cidade de Porto Alegre. Neste sentido, o teatro libertário da Nau também como campo de formação de profissionais das artes e da saúde mental.

O grupo se estabelece e segue ensaiando inicialmente dentro do Hospital, mas começamos a buscar uma casa para abrigar as aventuras desta Nau. Um porto no qual ancorar para preparar os próximos espetáculos. Uma casa é alugada com este fim. O grupo passa a ocupar este espaço. Muitos que antes haviam se recusado a ensaiar dentro do hospital agora se aproximam, querem embarcar na Nau.

Ocupamos uma casa que nomeamos como Casa do Teatro. O dia começava bem cedo, aquecendo a água para um mate e receber o grupo, ávidos pelo encontro e por experimentações no teatro. Um espaço na cidade, distante uns 15 km do nosso antigo local (no hospício), mas onde ninguém media esforços para chegar, pois era no meio da cidade, onde a vida acontece. E como campo de formação, tínhamos a nossa disposição um micro-ônibus da Escola de Saúde Pública para auxiliar no deslocamento para os ensaios. Logo fizemos amizades na vizinhança. Fomos ocupando o espaço, novos artistas-usuárixs, alunxs, residentes iam lá se formar com e no teatro, muitas trocas e novos conhecimentos. Lá recebemos a cidade num Sarau. A vida seguia ainda com mais liberdade.

O grupo se estabelece no novo espaço, mas a gestão estadual está chegando ao final e com isso um novo grupo assume o controle do hospital, mas também da SES. Logo a casa, juntamente com outras casas alugadas para servirem como SRT são desalugadas sob o argumento de falta de verbas, apesar da determinação da política de saúde mental ser de

desinstitucionalização. Mas os cortes não param por aí. O grupo é chamado para uma conversa pela nova direção do HPSP e são informados que não podem mais fazer teatro como vinham fazendo. Que este tipo de teatro não era terapêutico. O grupo escreve um documento, apresenta resultados, mas a direção da secretaria diz de forma muito autoritária, que este tipo de teatro não serve. Aqueles que quiserem fazer teatro vão fazê-lo em oficina dentro do HPSP novamente. Os artistas resistem. Não querem voltar a atracar no espaço morto do hospital. Resistem, querem içar as velas e voltar às ruas. Mas a direção é inflexível. Afastam Fátima, proibem a participação de trabalhadores e a saída de internos e de moradores do SRT, ainda que o grupo garanta que vá fazer diariamente a travessia junto com eles, do espaço do teatro ao HPSP. Não há mais diálogo, não há movimento.

O grupo não desiste e é acolhido na Usina do Gasômetro, mas este fecha para reformas já previstas no calendário da prefeitura e novamente a Nau da Liberdade se encontra sem porto. Novamente sem cais, o grupo gira entre espetáculos, com uma parte importante dos artistas impedidos de participar por ordem dessa gestão. Rodam até encontrar um porto seguro no cinema Capitólio, local que até hoje vem abrigando os ensaios da Nau da Liberdade. Espaço conquistado através de uma apoiadora espontânea. Mas o espetáculo deve continuar, e o grupo se reinventa. Novxs residentes chegam na Nau da Liberdade, alguns partem para novos projetos. Artistas daqui, dali, Canoas, Novo Hamburgo, vão se aproximando. Uns se afastam, pois ainda estão nas amarras da institucionalização. Quem sabe novas e boas ondas tragam de volta? Novas histórias podem ser contadas e construídas com a nova trupe de artistas que se reconfigura. Não há institucionalidade, o que garante uma total plasticidade ao grupo, mas também a dificuldade de manter um grupo fazendo arte sem qualquer patrocínio ou lei de incentivo. O grupo coletivamente experiencia a potencialidade da arte e através do teatro, criam e fortalecem vínculos em espaços culturais da cidade. O trabalho visa incrementar a desinstitucionalização através do potencial da arte de enfrentar a estigmatização, a discriminação e produzir junto à sociedade uma outra relação com a loucura.

É na vontade de teatro que o grupo se sustenta. É no desejo de cada um e de cada uma, que semanalmente se dirigem aos ensaios e que seguem trabalhando. Desde que o grupo sai do hospício, ventos de liberdade nos guiam. Desde lá recebemos inúmeros convites, contratações para apresentações, para oficinas de teatro como formação, chamados por movimentos sociais, dando corpo hoje a um consistente trabalho. Um trabalho que tem sido reconhecido, tendo sido produzidos os filmes: *Arte da Loucura* de Mirela Kruehl e Karine Emerih (concorreu ao 43º festival de cinema de Gramado); *Navegantes* de Emiliano Cunha, Lívia Pasqual e Thaís Fernandes; *NauResiste* de Emiliano Cunha. Ensaio fotográfico com fotógrafo Fabrício Simões, premiado em 2015, fotojornalismo pela PUCRS, com Giovanni Paim, 2015, 2016, 2019.

É campo de formação como o da residência multiprofissional da Universidade Federal do Rio Grande do Sul e Escola de Saúde Pública do RS, onde estiveram 12 profissionais nas áreas das artes (artes plásticas, arte dramática, dança, psicologia, serviço social, enfermagem, nutrição e terapia ocupacional); formação com oficinas de sensação com cursos de graduação da Universidade do Vale do Rio dos Sinos, e da Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul; I Bienal do Jogo e Educação – UFRGS; Fórum Social Mundial e um longo *et cetera*. Premiado com 1º lugar nacional na categoria Prêmio de Inclusão Social, concedido pela Fundação Oswaldo Cruz e Conselho Federal de Psicologia.

Desde 2013 trabalhamos com produção teatral e formação e a partir de 2018 a Nau também é um bloco de carnaval da cidade de Porto Alegre que espalhou alegria com seus ensaios e com um grande encontro de 10h de folia em fevereiro de 2019. Cirandar, foliar, teatrar é poder desejar de novo!

O presente texto foi um testemunho de quem viveu a gestação, produção e desenvolvimento desse projeto desde a gestão da Secretaria Estadual da Saúde (2011-2014): desde o projeto de São Pedro em Movimento, desde o Departamento de Ações em Saúde, desde a Escola de Saúde Pública, desde o gabinete da Secretária Estadual da Saúde. Testemunho desses

mesmos atores sociopolíticos implicados que depois da gestão seguiram e seguem dirigindo, atuando e/ou apoiando o Grupo Nau da Liberdade. Hoje na gestão do grupo estão Maria de Fátima Bueno Fischer na direção executiva e Maria Albers na direção artística. Duas Marias que conduzem o timão de uma embarcação feita de arte e cuidado, de produção de vida e cidadania. Duas Marias que estavam desde o início do processo, há época uma como gestora e outra como residente do campo das artes. Muitas outras atrizes e atores como essas Marias, também atrizes e atores sociopolíticos implicados como nós, passaram por essa nave libertária e contribuíram e seguem contribuindo com seu navegar. Muitas histórias ainda precisam ser contadas de tudo que esse dispositivo produziu e segue produzindo. Sobretudo histórias de resistência e reinvenção, de criação e produção em ato de um modelo de sociedade mais plural, onde arte e saúde são direitos e a diferença é qualidade fundamental do humano.

Referências:

Conselho Regional de Psicologia do Rio Grande do Sul. A técnica, a loucura e a arte da Accademia della Follia. 21/06/2011 Disponível em: <http://www.crprs.org.br/comunicacao/noticias/a-tecnica-a-loucura-e-a-arte-da-accademia-della-follia-123>



Notas sobre a desinstitucionalização de uma residência multiprofissional

Márcio Mariath Belloc

O presente texto é uma breve reflexão sobre um processo de desinstitucionalização de uma residência multiprofissional. Um processo que foi construído por muitas mãos, de forma democrática e participativa durante os anos de 2011 a 2014, quando ocupava o cargo de gestão da Escola de Saúde Pública (ESP) da Secretaria Estadual da Saúde do Rio Grande do Sul. Uma construção coletiva entre direção da Escola, coordenação da Residência Integrada em Saúde, coordenação da ênfase em Saúde Mental Coletiva, preceptores, professores e, principalmente, os residentes.

Aos primeiros dias de gestão na ESP já chegaram os relatos, queixas e críticas dos e das residentes da ênfase em Saúde Mental Coletiva. Viam na chegada de um novo governo, cuja equipe de gestão contava com militantes da luta antimanicomial, a possibilidade de uma mudança no processo de ensino-aprendizagem desenvolvido, mais voltado para a construção e qualificação do que em pouco tempo seria conhecido como Rede de Atenção Psicossocial. Há época, por parte dos residentes, era mais um clamor a respeitar a legislação da saúde mental e a auxiliar na construção de uma sociedade sem manicômios de todos os tipos. Desde os primeiros relatos de residentes e preceptores uma frase ficava retumbando em meus pensamentos: a que Franco Basaglia apresenta em seu livro “A Instituição Negada”, escrito em 1968. Conta o autor que em 1925, alguns artistas e escritores franceses que assinavam em nome da “revolução surrealista”, dirigiam aos diretores de hospitais psiquiátricos um manifesto que terminava com estas palavras: “Amanhã, na hora da visita, quando vocês tentem sem a ajuda de léxico algum se comunicar com estes homens, poderão recordar e reconhecer que somente têm sobre eles uma superioridade: a força”.

Os relatos de residentes e preceptores falavam desde o lugar de quem estava submetido a esse tipo de superioridade. Não havia espaço para construção coletiva tão cara ao processo das residências na área da saúde e que compunha desde o início dos anos 2000 o regimento da Residência Integrada em Saúde dessa Escola de Saúde Pública. À força se sentiam tratados e obrigados a fazerem plantões nas unidades do há muito tempo anacrônico e iatrogênico hospital psiquiátrico, esse remanescente envelhecido mas ainda com toda a capacidade de produção de violência e doença do antigo Hospício São Pedro, inaugurado no final do segundo império, cuja pedra fundamental foi colocada antes da abolição da escravatura no Brasil, tal como nos apresenta Wadi (2002). Espaços de exclusão que se disseminaram em todo o país como supostos lugares de cuidado aos alienados, que cumpriram a mesma sina de seus correlatos pelo mundo afora, a de internação dos que a sociedade considerava desajustados. Internação que no Brasil, como bem demonstra o trabalho investigativo de Daniela Arbex (2013), se produziu como um holocausto, com recorte de classe, com recorte racial. Os hospícios no Brasil sempre foram habitados pelos mais pobres, com predominância também de pessoas negras entre os internos. Ou tampouco é uma vanguarda nacional da exclusão, o mesmo Basaglia apontava que tais espaços sempre foram ocupados pelos mais pobres, é dizer que na experiência dos hospícios europeus também estava presente uma questão de classe. O autor demonstra que o mesmo diagnóstico em pessoas de classes sociais diferentes tinham destinos diferentes. Um diagnóstico de epilepsia, por exemplo, há época levava uma pessoa pobre a passar a vida num hospício, sendo que uma pessoa com maiores recursos era tratada em hospital geral e em liberdade. Contudo, no caso brasileiro falamos também de espaços de exclusão e horror que desvelam a brutalidade da face escravocrata ainda presente na nossa sociedade como nos ensina Jessé de Souza (2009).

De fato, o que os relatos traziam era que a ênfase em Saúde Mental Coletiva da Residência Integrada em Saúde ajudava a sustentar esse tipo

de exclusão, naturalizando essa produção e, neste sentido, formando profissionais para a reprodução dessa iatrogenia. Os mesmos relatos apontavam justamente que se sentiam adoecidos, sofriam como uma violência da reprodução na prática do campo estágio daquilo que aprendiam em sala de aula ser o avesso da saúde mental. Viviam na própria pele o que Basaglia (1972) já identificara na década de 60: as limitações, a burocracia e o autoritarismo regulando a vida dos internados. Relatos que clamavam pela liberdade que aprendiam como terapêutica nas linhas ensinadas em sala de aula, referindo-se ao mesmo Basaglia, e que tanto almejavam no campo de estágio. Na complexa organização dos espaços encerrados das unidades, no qual as pessoas pobres identificados com problemas de saúde mental se viram reduzidas durante séculos, como nos ensina o citado psiquiatra italiano, aprendiam o papel de vigilante, de tutor interior, de moderador dos excessos derramados pela enfermidade diagnosticada, na qual as regras institucionais tinham mais validade que o objeto de seus cuidados. Na verdade se sentiam cuidando para que a instituição seguisse de pé, rolando dia a dia morro a cima sua pedra como o Sísifo da mitologia grega antiga.

Não há como sair incólume em ocupar o lugar de operacionalização dessa máquina que o mesmo autor identificou como um espaço concebido para fazer o outro inofensivo e supostamente cuidá-lo, mas que se presentifica como uma das mais terríveis formas de aniquilação da singularidade, ou seja, o lugar da objetivação total. Trabalhadores, residentes e a própria residência em si acabavam por institucionalizar-se, construindo essa relação íntima com a manutenção das regras institucionais, uma sorte de relação transferencial com tais regras, que Calligaris (1989), em sua análise sobre uma clínica diferencial das psicoses, identifica como cronificação. O próprio Basaglia também aponta essa relação íntima com as regras institucionais como a fonte primeva da cronificação. Mas essa aniquilação institucional da subjetividade, com uma brutal burocratização da existência não se dá somente com o usuário, como o identificado nesses âmbitos como

paciente. Uma paciência forjada na aniquilação do tempo, na edificação de um tempo sem tempo, marcado e delimitado pelo funcionamento do hospício. Uma rotina sem fim, que se repete a cada dia.

Os relatos insistiam no sofrimento de se sentir reificado, como parte integrante dessa burocratização da existência. Burocracia, ressalta Hannah Arendt (1999), significa etimologicamente o governo de ninguém. Essa filósofa alemã de origem judaica, que se refugia nos Estados Unidos da América em função da perseguição nazista, assistindo e analisando o julgamento de Adolf Eichmann, nota que diante do tribunal não se apresenta a figura do gênio do mal tão propalada pela mídia e pelo imaginário da época, senão que estava diante de um sujeito medíocre. Um sujeito que organizou a “internação” em campos de concentração e o extermínio de milhões de pessoas, principalmente judias, mas também ciganas, homossexuais, divergentes políticos e também os loucos e considerados deficientes físicos e mentais. Um dos mais atrozes crimes contra a humanidade foi cometido transformando primeiramente as pessoas em coisas, em números, naturalizando e burocratizando seu extermínio. Nesse sentido, a mesma Arendt desenvolve o conceito de banalidade do mal. É dizer que justamente ao banalizar, ao retificar, ao burocratizar a existência daquelas pessoas que foi possível a produção de tamanha barbárie.

Neste sentido, Arbex (2013) foi extremamente perspicaz ao definir o acontecido no manicômio de Barbacena como holocausto. O próprio Basaglia em visita ao Brasil é levado a esta instituição no final da década de 70, ou seja, no auge de sua operação, teria dito que não se estava diante de um hospício, senão que de um campo de concentração como os da solução final do nazifascismo. E tal como em Barbacena, outros tantos espaços de burocratização da vida como esse acabaram por colocar em operação essa face da banalidade do mal.

Desde os primeiros contatos com essa realidade percebemos o quão difícil seria intervir nesse contexto de institucionalização, como todos as suas características, de uma residência multiprofissional inteira

supostamente de saúde mental coletiva, que, na ocasião, funcionava mais como uma residência de doença mental, de manutenção de dispositivos de internação de longa permanência e, sendo assim, uma residência de produção de iatrogenia, burocratização e reificação da existência.

E além dos relatos de residentes e preceptores, começamos com todo o novo grupo de gestão da Residência Integrada em Saúde a adentrar aos campos de estágio e verificar *in loquo* o que nos chegava como demanda. As percepções de tais visitas aos campos de estágio logo reforçavam que, se tratava de um espaço anacrônico, como mínimo produtor de iatrogenia, senão de violência de estado, ou seja, se é um espaço que não deveria existir como tal, obviamente que esse espaço muito menos deveria formar pessoas para sua reprodução e manutenção. Além disso, nos apoiávamos no texto das últimas Conferências Nacionais de Saúde e de Saúde Mental, máxima instância deliberativa das diretrizes e caminhos a serem tomados pelo e no Sistema Único de Saúde, que apontava para não utilização dos hospitais psiquiátricos como espaços de formação.

Sendo assim, nos colocamos em movimento. Se a questão era a de um residência multiprofissional institucionalizada, manicomializada, a intervenção possível não poderia ser outra que a que aprendemos com as experiências de reformas psiquiátricas europeias e brasileiras. Basaglia (1972) aponta que diante de uma situação extremadamente institucionalizada em que todos estão afetados, no caso usuários, equipes locais e a própria residência, uma intervenção possível é provocar uma situação de ruptura. Uma ruptura no sentido de tirar tais afetados dos lugares cristalizados na vida institucional. Isso implicaria em submeter os mesmos a um jogo de tensões e de contratensões no qual todos estarão implicados e serão responsáveis. Basaglia aponta que necessariamente significa correr um risco, salientando as singularidades e subjetividades com igual possibilidade de fala e participação. Em outras palavras, o caminho da desinstitucionalização sempre será o da liberdade. Liberdade que Arendt (2007) nos ensina só se constitui a partir de pluralidade, de

viver em pé de igualdade a possibilidade de personificar a diferença, de poder construir coletivamente a partir da singularidade de cada presente. Liberdade como condição para o estabelecimento da política, para a constituição de cidadania.

Neste sentido, a intervenção necessariamente deveria ser a restituição dessa possibilidade de ação política de todos os envolvidos. Refundar os espaços de tensionamentos e crontramentamentos inerentes à própria organização da residência e previstos no seu regimento. Um regimento que previa a constituição de uma comissão com participação dos residentes para cada ênfase, bem como no colegiado da própria Residência Integrada em Saúde – composta pelas ênfases multiprofissionais em Saúde Mental Coletiva, Atenção Básica em Saúde, Dermatologia Sanitária, Pneumologia Sanitária, Vigilância em Saúde, bem como as residências médicas em Medicina de Família e Comunidade, Psiquiatria e Dermatologia. Esse foi o ponto de partida, reestruturar os espaços democráticos e participativos da gestão da Residência Integrada em Saúde e da ênfase em Saúde Mental Coletiva. Respeitar a composição de seus integrantes, com a representação dos residentes, e disputar nesse espaço coletivo, democrático e participativo um outro modelo de ensino-aprendizagem, uma reformulação dos campos de estágio e da própria atuação dos residentes. Restituir e manter o espaço de tensionamentos, pois como Basaglia nos ensina, sem tensões, tudo tenderia à institucionalização anterior. Simplesmente decidir verticalmente sobre essa reformulação só produziria outra dobra da institucionalização. Era preciso tomar a liberdade como caminho. Dessa maneira, seguindo o mesmo autor, em relação aos processos de desinstitucionalização, ao invés de se refundar sobre uma regra imposta desde cima, essa coletividade, essa forma transversal e participativa de organização, potencialmente se converteria, por si mesma, em um ato terapêutico.

Ao restituir os espaços democráticos de construção da Residência Integrada em Saúde, demos os primeiros passos para a desinstitucionalização da ênfase em Saúde Mental Coletiva. Disputando o modelo nos colegiados

e comissões conseguimos reconfigurar todo o campo de estágio. Passo a passo, reunião a reunião, tensões e contratensões, de uma formação em serviço que passava grande parte nas unidades de internação e de longa permanência, a residência passou a ter seu primeiro ano todo na rede substitutiva. A lógica desse modelo de ensino-aprendizagem era iniciar pelo fora das quatro paredes do manicômio. Iniciar também fora dos espaços de internação em hospital geral, iniciando o aprendizado a partir da prática em serviços da atenção básica, em equipamentos comunitários, em serviços de média complexidade, para só entrar no espaço de internação de longa permanência no segundo ano de formação, para auxiliar na desinstitucionalização dos usuários. Aprender primeiro a cuidar em liberdade, para só depois exercitar esse cuidado para os que estão na clausura. Sendo assim, no primeiro ano passavam por Unidades Básicas de Saúde, por Centros de Atenção Psicossocial, por projetos comunitários e culturais no âmbito da saúde mental, para no segundo ano adentrarem o espaço são-pedrino para atuar em dois projetos que visavam o fora do hospital. Eram o projeto de Acompanhamento Terapêutico e o projeto de Desinstitucionalização.

Restituir a cidadania sempre foi o caminho da saúde mental coletiva, e não poderia ser outro o da intervenção nesse contexto. No lugar de objetivação total, tanto usuário, como trabalhadores e residentes, se estabelecem em tamanho grau de exclusão que cada um de seus atos se encontra constantemente circunscrito e definidos pela desvalia desse lugar de objeto. Um lugar de burocratização da existência sujeito a humilhações e a arbitrariedades como regra (Basaglia, 1972)

Os nossos tempos ainda seguem produzindo tal burocratização, reificação e aniquilamento da subjetividade. Muitas vezes colonizando a experiência com o discurso científico, invalidando qualquer outro modelo explicativo que não o biomédico hegemônico, transformando pessoas em diagnósticos que encerram e aniquilam a história do sujeito, substituída por sua sintomatologia, história pregressa e prognóstico. A produção do

que chamei em outro trabalho de *homen-sem-história* (Belloc, 2011). Estar na rede substitutiva não garante que tal produção não se reproduza em cada gesto, na micropolítica, mas certamente em um cuidado em liberdade e pluralidade, ou seja, onde cada qual participa com sua singularidade, é a própria função libertária que tem a potência de nos proteger a todos, gestores, trabalhadores, residentes e usuários, da colonização da experiência, da cronificação e institucionalização, para operar na produção de vida e cidadania.

Referências:

- Arbex D. Holocausto brasileiro. São Paulo: Geração Editorial; 2013.
- Arendt H. Eichmann en Jerusalén. Barcelona: Editorial Lumen; 1999.
- Arendt H. A condição humana. 10ª ed. Rio de Janeiro: Forense universitária; 2007.
- Basaglia F. La institución negada, Informe de un hospital psiquiátrico. Buenos Aires: Barral Editores; 1972.
- Belloc MM. Homem-sem-história. A narrativa como criação de cidadania [tese]. Doctorado en Antropología. Universitat Rovira i Virgili. Tarragona; 2011.
- Souza J. A ralé brasileira: quem é e como vive. Belo Horizonte: Editora UFMG; 2009.
- Wadi YM. Palácio para guardar doidos: uma história das lutas pela construção do hospital de alienados e da psiquiatria no Rio Grande do Sul. Porto Alegre: Editora da UFRGS; 2002.



Saúde Mental da População Negra: Reflexões sobre uma Clínica Política Antirracista, Descolonial e Antimanicomial

Miriam Cristiane Alves

Introdução

Primeiramente, quero fazer uma saudação a nossa ancestralidade africana fazendo referência a lutadoras e lutadores, intelectuais e ativistas antirracistas que abriram caminho à luta contra o genocídio e epistemicídio de negros e negras, pretos e pretas, africanos e africanas, impostos pelo colonialismo e colonialidade: Salve Frantz Fanon, Lélia Gonzales, Aime Cezaire, Angela Davis, Neusa Santos Souza, Amílcar Cabral, Winnie Mandela, Nelson Mandela, Rosa Park, Malcolm X, Virgínia Bicudo, Abdias do Nascimento, Milton Santos, Luiza Bairros.

Ancestralidade

Ouçã no vento
 O soluço do arbusto:
 É o sopro dos antepassados.
 Nossos mortos não partiram.
 Estão na densa sombra.
 Os mortos não estão sobre a terra.
 Estão na árvore que se agita,
 Na madeira que geme,
 Estão na água que flui,
 Na água que dorme,
 Estão na cabana, na multidão;
 Os mortos não morreram...
 Nossos mortos não partiram:
 Estão no ventre da mulher
 No vagido do bebê
 E no tronco que queima.
 Os mortos não estão sobre a terra:
 Estão no fogo que se apaga,
 Nas plantas que choram,

Na rocha que geme,
Estão na casa.
Nossos mortos não morreram (Diop, 2012)

A ancestralidade é um valor civilizatório de matriz africana que explicita uma ética, uma ontologia e uma epistemologia na qual eu sou em relação a todas as pessoas que vieram antes de mim, que continuam entre nós “no tronco que queima”, e que estão por vir. Estou a explicitar uma *episteme* que desobedece a lógica do conhecimento das universidades ocidentalizadas, cujos corpos-políticos-negros têm ousado “futucar” o estabelecido, o naturalizado em diferentes campos, inclusive da saúde mental – “futucar”, fazendo alusão ao “pretoguês” de Lélia Gonzales (1988: 70).

Nesse ensaio colocarei em discussão alguns elementos conceituais e de experiências de campo sobre a relação entre racismo e loucura, para pensarmos uma Clínica Política Antirracista, Descolonial e Antimanicomial. Para tanto, trago como referencial teórico-epistemológico o pensamento crítico descolonial.

Os caminhos da luta antirracista e antimanicomial

Era uma tarde de sol. O ano? 2001. O local? Manicômio São Pedro, em Porto Alegre, RS. Eu? Uma residente em Saúde Mental Coletiva pela Escola de Saúde Pública do Rio Grande do Sul (ESP-RS). Eu era uma jovem mulher negra que, em breve, tornar-se-ia uma ativista da luta antimanicomial e, posteriormente, da luta antirracista. Mas quando essas coisas se juntam? Alguns anos depois, no processo de doutoramento.

Voltando à tarde de sol, ao perambular pelos espaços, ruas e cantos inóspitos do São Pedro, via ao longe corpos inibidos, lentos, muitas vezes adormecidos, imóveis, petrificados. Corpos brancos? Sim, lembro-me bem. Corpos Negros? Sim, mas invisibilizados quanto à dupla exclusão vivenciada: Ser Negro e Louco. A subalternidade da subalternidade. O inexistir no contexto da loucura.

Arthur Bispo do Rosário (Hidalgo, 1996), artista plástico brasileiro, visto como louco por algumas pessoas e como gênio por outras, sempre esteve na esteira do debate sobre o preconceito diante da loucura, sobre os limites entre a loucura e a arte, mas nunca sobre o racismo e a loucura. Tampouco, ele fora ou é identificado como homem negro. Mas, por que, nós, trabalhadoras e trabalhadores em saúde mental, ativistas da luta antimanicomial vivenciamos, ao longo de anos, uma espécie de cegueira ontológica e epistemológica do Ser Negro Louco, do Ser Negra e Louca?

Para iniciar esse diálogo, trago para discussão a matriz colonial do poder, que foi edificada a partir da distinção entre humanos e não humanos no colonialismo e na colonialidade. Segundo Fanon (2005), o colonialismo se constitui como um sistema de exploração e dominação violento produzido pelo colonizador diante do povo colonizado. O autor salienta que a violência, na lógica colonial, é dada em essência, já que o colonizador atua na perspectiva de dominar e explorar a existência de homens e mulheres que vivem no território colonizado, retirando seus bens, costumes, cultura e tradições, em nome do trabalho escravizado. O colonialismo europeu em terras africanas produziu uma cisão racializada entre brancos e negros, efetivando mundialmente a hierarquia e a dominação racial exercida pelos primeiros em relação aos segundos (Fanon, 2005). Por sua vez, o conceito de colonialidade vai além dos limites e particularidades do colonialismo histórico, como algo que não desaparece mesmo após uma suposta independência ou descolonização dos povos colonizados, seja no continente africano, seja na América (Quijano, 1997).

A colonialidade, ou colonialidade do poder, expressa um modelo hegemônico global que articula raça, trabalho, subjetividades, sexualidade e contextos geopolíticos de acordo com a necessidade do capital, e para o benefício de determinadas populações em detrimento de outras (Quijano, 2007). Trata-se de um “padrão mundial de poder capitalista, colonial/moderno, eurocentrado” (Quijano, 2005: 126), cujas relações de poder subalternizam sujeitos e conhecimentos. Nesse sentido, facilmente podemos

articular a loucura a esse modelo. Afinal, a colonialidade do poder consolida uma “concepção de humanidade segundo a qual a população do mundo diferencia-se em inferiores e superiores, irracionais e racionais, primitivos e civilizados, tradicionais e modernos” (Quijano, 2010: 86). Inferioridade e irracionalidade, ou seja, não humanidade que na articulação entre loucura e raça produzirá outros efeitos devastadores sobre corpos negros.

Ainda conforme Quijano (2005), o conceito de raça é uma abstração, uma invenção que nada tem a ver com processos biológicos. Para Mbembe (2017: 57), conceito de raça “não passa de uma ficção útil, de uma construção fantasista ou de uma projecção ideológica”, cuja necessidade de invenção foi fundamental para o poder do hemisfério ocidental, que se considerava “o centro do globo, o país natal da razão, da vida universal e da verdade da Humanidade” (Mbembe, 2017: 58). Quijano (2005) salienta, ainda, que com a união entre raça e cor, forjada a partir do século XVI, raça passa a ser usada como justificativa para a dominação colonial e hegemonia eurocêntrica.

O conceito de raça e o substantivo “Negro” irão constituir o que Mbembe (2017) denomina de “processos de efabulação”, isto é, uma estratégia de “apresentar como reais, certos ou exactos, factos muitas vezes inventados” em nome de uma razão ocidental, mercantil, eurocêntrica. Eis que o corpo negro será tomado pela “razão mercantil”, em processo de “gestação desde a segunda metade do século XV”, como corpo e mercadoria, a um só tempo: “corpo-objeto ou objeto-corpo” (Mbembe, 2017: 82). A raça atrelada à cor da pele, o racismo, constitui um elemento da colonialidade que continua produzindo efeitos sobre os corpos de pessoas negras na contemporaneidade, e que é encontrado no padrão de poder hegemônico (Quijano, 2005).

Nesse processo de efabulação, podemos encontrar diferentes meios de inferiorização e de redução das pessoas negras a seus traços, aos seus elementos culturais, às forças produtiva, reprodutiva e sexual. E, deste modo, o Ocidente cria a “Razão negra”, ou seja, “um conjunto de vozes, enunciados e discursos, saberes, comentários e disparates”, cuja consolidação se dará no processo de colonização por meio das narrativas

de viajantes, soldados, colonos e, posteriormente, pela elaboração de uma “ciência colonial” (Mbembe, 2017). Razão negra compreendida como a “consciência ocidental do Negro”, formada por um conjunto de discursos e de práticas em meio à estratégia cotidiana de “inventar, contar, repetir e pôr em circulação fórmulas, textos, rituais, com o objectivo de fazer acontecer o Negro enquanto sujeito de raça e exterioridade selvagem, passível, a tal respeito, de desqualificação moral e de instrumentalização prática” (Mbembe, 2017: 82). Efabulação, portanto, carregada de exotismo, de elementos carnis de pulsão sexual e sensualidade, onde homens e mulheres negras são subjetivados em meio a uma “consciência ocidental do Negro”. Ou seja, o homem negro percebido como o reprodutor, como o falo em sua existência primeira; e a mulher negra como depositária de fluidos sexuais do homem branco, cujo corpo é passível de todo o tipo de violações. Nas palavras de Mbembe (2017: 82), “à raça negra pertencem o instinto, as pulsões irracionais e a sexualidade primária”. Trata-se de um imaginário atualizado pela modernidade/colonialidade, em que corpos negros são vistos, tomados e sentidos, ao mesmo tempo, com fascínio e repulsa pelo branco. Lélia Gonzales (1983), por exemplo, em seu texto *Racismo e Sexismo na Cultura Brasileira*, faz referência à dupla imagem da mulher negra: a mulata tipo exportação, que exala o fascínio para o branco, e a doméstica, que lhe produz repulsa.

Importante salientar que a colonialidade não pode ser compreendida como algo decorrente nem antecedente da modernidade, pois “colonialidade e modernidade constituem duas faces de uma mesma moeda” (Grosfoguel, 2008: 125). Assim, diferentemente ao que dita a perspectiva eurocêntrica, raça, gênero, sexualidade e epistemologia não devem ser interpretados como elementos que acrescem às estruturas econômicas e políticas do mundo capitalista, mas sim como integrantes e constitutivos desse mundo patriarcal/racista/sexista/capitalista/colonial/moderno (Grosfoguel, 2008), de modo que ousa incluir a loucura como elemento constitutivo desse mundo moderno/colonial.

O racismo, portanto, não se constitui enquanto um fenômeno, mas como uma *episteme* intrínseca ao projeto moderno/colonial/eurocêntrico, que produziu e produz o genocídio e epistemicídio da população negra na diáspora e na África. Nesse sentido, a colonialidade e o eurocentrismo não são problemas geográficos, mas sim, problemas do conhecimento, na medida em que operam por meio do controle do conhecimento (Mignolo, 2017). “Eurocentrismo não dá nome a um local geográfico, mas à hegemonia de uma forma de pensar fundamentada no grego e no latim e nas seis línguas européias e imperiais da modernidade; ou seja, modernidade/colonialidade” (Mignolo, 2008: 301). Esse privilégio epistêmico de homens ocidentais sobre o conhecimento produzido por diferentes corpos políticos tem gerado não somente injustiça cognitiva, mas também, “tem sido um dos mecanismos usados para privilegiar projetos imperiais/coloniais/patriarcais no mundo” (Grosfoguel, 2016: 25).

Mas o que o campo da Saúde Mental e a Luta Antimanicomial têm a ver com isso?

Precisamos criar fissuras e romper com a pretenciosa ideia de conhecimento universal nas diferentes áreas e campos do conhecimento, e que têm sua origem no dito centro do mundo. Conforme Mignolo (2017), não há pensamento universal. Todo o conhecimento é local. No entanto, existem certos pensamentos que aspiram se constituir como universais e cujos “conceitos têm sido úteis para dar conta de uma história local, mesmo se essa história local é o ponto de origem da ideia da modernidade” (Mignolo, 2017: 13). Deste modo, quando existe um pensamento que se pretende universal, existe um humano universal e, existindo o humano universal, existe o “Outro”.

Na modernidade/colonialidade, o “Outro” precisa permanecer outro. Quem é esse “Outro”? Para problematizar o que fazemos com o “Outro” a partir do pensamento universal, dialogo com Gayatri Spivak (2010), que nos pergunta: “Pode o subalterno falar?”. A partir de obra com esse título, a autora critica o falar pelo outro. No momento em que se fala

por esse sujeito, ele não precisa falar. Este risco acontece a todo o momento – na produção de conhecimento e na prática clínica, por exemplo.

Quero aqui problematizar a relação sujeito-objeto imposta pela ciência da modernidade/colonialidade, pela colonialidade do saber. E mais: trazer alguns elementos para pensarmos esse lugar que a universidade ocidentalizada ainda tenta nos impor: lugar de invisibilidade e, por vezes, de impossibilidade de falar e, conseqüentemente, de existir. Lugar de invisibilidade ontológica e epistemológica.

A colonialidade do saber é “uma atitude colonial frente ao conhecimento” que parte do eurocentrismo e que se articula de forma simultânea às relações centro-periferia e às hierarquias raciais, onde os conhecimentos subalternos, ou seja, não europeus, são excluídos, silenciados e ignorados (Castro-Gómez, 2007).

O sujeito da loucura produz conhecimento?

Arthur Bispo do Rosário que o diga.

Em que medida a *episteme* da matriz africana no Brasil, mantida viva pelas comunidades tradicionais de terreiros, e a ontologia do sujeito “bio-mítico-social” forjado “na relação com divindades e ancestrais” (Alves, 2017: 207) foram, ou ainda são, aprisionadas e silenciadas nas instituições manicomiais do país?

Pode o Negro, Louco, de Matriz Africana falar?

Conforme Kilomba (2010: 172): “A boca é um órgão muito especial, ela simboliza a fala e a enunciação”. No contexto da violência racista, “a boca torna-se o órgão da opressão por excelência”, pois ela representa o órgão que o sujeito branco quer e necessita controlar – trata-se do “órgão que, historicamente, tem sido severamente repreendido”. A autora salienta que nesse “cenário específico, a boca também é uma metáfora para a posse. Fantasia-se que o sujeito Negro quer possuir algo que pertence ao senhor branco, os frutos: a cana-de-açúcar e os grãos de cacau” (Kilomba, 2010: 172).

Ora o Negro quer possuir, ora o Negro está possuído!

Eis que se explicita a colonialidade do poder e do saber em um de seus desdobramentos: a colonialidade do ser. Esta produz uma condição

existencial subalterna para sujeitos negros e negras, cujas relações subjetivas e intersubjetivas partem de modos de existir ocidentalizados (Alves, 2018). A colonialidade do ser – termo sugerido pelo pensador descolonial Walter Dignolo – irá relacionar os efeitos da colonialidade à não existência do “Outro”, que será constantemente submetido a uma negação sistemática de sua humanidade (Maldonado-Torres, 2007). Ainda conforme este autor, a colonialidade do ser refere-se à experiência vivida em meio à colonialidade do poder e a seus efeitos nos modos de ser e de existir do sujeito subalternizado.

Não obstante, Fanon²¹ foi um precursor sobre as discussões quanto ao que hoje nomeamos como colonialidade do ser, relacionando às experiências existenciais do colonialismo à hierarquia racial, e salienta: “O negro quer ser branco. O branco incita-se a assumir a condição de ser humano”. O autor salienta que ao desejar tornar-se humano em um contexto edificado pela lógica colonial, o negro encontrará apenas uma saída: torna-se branco. Ou seja, nas palavras de Fanon (2008: 27), “para o negro, há apenas um destino. E ele é branco”. Afinal, se o ser humano é branco, é branco que o negro irá desejar ser.

Da parte mais negra de minha alma, através da zona de meias-tintas, me vem este desejo repentino de ser *branco*.
 Não quero ser reconhecido como *negro*, e sim como *branco*.
 Ora – e nisto há um reconhecimento que Hegel não descreveu – quem pode proporcioná-lo, senão a branca? Amando-me ela me prova que sou digno de um amor branco. Sou amado como um branco.
 Sou branco.
 Seu amor abre-me o ilustre corredor que conduz à plenitude...
 Esposo a cultura branca, a beleza branca, a brancura.
 Nestes seios brancos que minhas mãos onipresentes acariciam, é da civilização branca, da dignidade branca que me aproprio (Fanon, 2008: 69)

Na medida em que nos colocamos a refletir criticamente sobre a colonialidade do poder, do saber e do ser, sobre violência racista e a

invisibilidade do sujeito negro louco, passamos a vivenciar um limiar epistêmico, sobre o qual precisamos construir um espaço em que a minha fala, não exclua a necessidade da fala do sujeito, em que a brancura, a branquitude, não invisibilize o sujeito negro no contexto da loucura.

Quem é o Negro Louco? É o Outro da Loucura?

Fumaça

Estou a toque de máquina
 corro, louca, voo, suo
 a fumaça sou eu

Estou a toque de nada
 vivo, ando
 como a comida envenenada
 e o comido sou eu

estou a toque de selva
 os ferros torcidos, sacudidos
 dentro de uma marmita
 e a marmita sou eu

Nego, mas vivo dizendo
 Sim
 a tudo que me dói na cabeça
 e o doido sou eu

Paro, mas estou sempre correndo
 doem as pernas, os pés
 e este corpo é o meu

Amanhã me encontra acordada
 como a noite deixou
 e o insone sou eu

Indago, mas não estou escutando
 a pergunta anda solta
 e ninguém explicou
 que a resposta sou eu (Alves, 1982)

Nós precisamos estar epistemologicamente vigilantes. Aportes teóricos novos podem desenhar problemas novos, provocar olhares e questionamentos aos modos vigentes. Precisamos radicalizar na crítica à universalização das teorias, à universalização das categorias abstratas que produzem generalizações e universalidade.

Pode o “Outro da Loucura” falar? Elza Soares nos dá algumas pistas, por meio da sua arte, em forma de música:

A carne mais barata do mercado
É a carne negra
Que vai de graça pro presídio
E pára debaixo do plástico
E vai de graça pro sub-emprego
E pros hospitais psiquiátricos (Soares, 2002)

Necessitados descolonizar a Saúde Mental e a Luta Antimanicomial. O colonialismo “é uma negação sistematizada do outro, uma decisão obstinada de recusar ao outro todo atributo de humanidade”, de modo a obrigar o “povo dominado a perguntar-se constantemente: ‘Quem sou eu, na verdade?’” (Fanon, 2005: 288). Uma clínica política antirracista, descolonial e antimanicomial deverá produzir efeitos sobre a perspectiva existencial dos sujeitos, transformando homens e mulheres negras de espectadores apáticos pela invisibilidade de ser o “Outro da loucura”, pela violência racista, pelo inexistir, pela subalternidade da subalternidade, em sujeitos históricos que lutam por sua humanidade. Que lutam, há mais de 500 anos, contra os efeitos do manicômio mental do racismo – tomando emprestado um conceito corrente no campo da saúde mental coletiva. A descolonização é a criação de novos sujeitos considerando os processos de intersubjetivos vividos.

Tem que acreditar.
Desde cedo a mãe da gente fala assim: “filho, por você ser preto, você tem que ser duas vezes melhor”.
Aí passado alguns anos eu pensei: Como fazer duas vezes me-

lhor, se você tá pelo menos cem vezes atrasado pela escravidão, pela história, pelo preconceito, pelos traumas, pelas psicoses... por tudo que aconteceu? duas vezes melhor como? Ou melhora ou ser o melhor ou o pior de uma vez. E sempre foi assim.
Você vai escolher o que tiver mais perto de você, O que tiver dentro da sua realidade.
Você vai ser duas vezes melhor como?
Quem inventou isso aí?
Quem foi o pilantra que inventou isso aí?
Acorda pra vida rapaz (Racionais Mc's, 2002)

Ao reconhecermos o campo da saúde mental enquanto conhecimento imbricado em uma atuação eurocêntrica, temos a possibilidade de nos questionarmos sobre o seu silêncio diante da existência de homens e mulheres negras nos diferentes espaços de cuidado em saúde mental.

Referências

- Alves M. Fumaça. Cadernos Negros, São Paulo: Quilombhoje; 1982; (5).
- Alves MC, Seminotti N, Jesus JP de. Produção de Saúde em uma Comunidade Tradicional de Terreiro de Matriz Africana: o Sujeito Bio-Mítico-Social. Rev. da ABPN. 2017; 9(23):194-222.
- Alves MC, Amaral TC. Ações afirmativas, subjetividades e (re)existências: estudantes negros e negras cotistas no curso de psicologia da UFPEL. Calazans ME de, Castro MG, Piñeiro E, Organizadores. América Latina: corpos, trânsitos e resistências, v. 2. Porto Alegre, RS: Fi; 2018. p. 97-124.
- Castro-Gómez S, Grosfoguel R, Organizadores. El giro decolonial. Reflexiones para una diversidad epistémica más allá del capitalismo global. Bogotá: Universidad Javeriana-Instituto Pensar, Universidad Central-IESCO, Siglo del Hombre Editores; 2007.
- Diop B. Ancestralidade. Blog Estórias em Contos, 2012.
- Fanon F. Os condenados da terra. Juiz de Fora: UFJF; 2005.
- Fanon F. Pele negra, máscaras brancas. Bahia: EDUFBA. 2008.
- Gonzalez L. Racismo e sexismo na cultura brasileira. Silva LA, et al. Movimentos sociais urbanos, minorias e outros estudos. Ciências Sociais Hoje. 1983; (2):223-244.
- Gonzalez L. A categoria político-cultural de amefricanidade. Tempo Brasileiro. 1988; (92/93):69-82.
- Grosfoguel R. Para descolonizar os estudos de economia política e os estudos pós-coloniais: transmodernidade, pensamento de fronteira e colonialidade global. Rev. Crítica de Ciências

- Sociais. 2008; (80):115-147.
- Grosfoguel R. A estrutura do conhecimento nas universidades ocidentalizadas: racismo/sexismo epistêmico e os quatro genocídios/epistemicídios do longo século XVI. Sociedade e Estado, Brasília, 2016; 31(1):25-49.
- Hidalgo, L. Arthur Bispo do Rosario. O Senhor do Labirinto. Rio de Janeiro: Editora Rocco, 1996.
- Kilomba G. Plantation Memories: Episodes of Everyday Racism. 2.ed. Münster: Unrast Verlag, 2010.
- Maldonado-Torres N. Sobre la colonialidad del ser: contribuciones al desarrollo de un concepto. Castro-Gómez S, Grosfoguel R, Organizadores. El giro decolonial. Reflexiones para una diversidad epistémica más allá del capitalismo global. Bogotá: Universidad Javeriana-Instituto Pensar, Universidad Central-IESCO, Siglo del Hombre Editores; 2007. p.127-168.
- Mbembe A. Crítica Da Razão Negra. Lisboa: Editora Antígona; 2017.
- Mignolo WD. Desobediência Epistêmica: A opção Descolonial e o significado de Identidade em Política. Cadernos de Letras da UFF – Dossiê: Literatura, língua e identidade, 2008; (34):287-324.
- Mignolo WD. Colonialidade: o lado mais escuro da modernidade. Rev. Bras. de Ciências Sociais. 2017; 32(94):1-18.
- Quijano A. Colonialidad del poder, cultura y conocimiento en América Latina. Anuario Mariateguiano. 1997;9(9):113-122.
- Quijano A. Colonialidade do poder, Eurocentrismo e América Latina. Lander E, Organizador. A colonialidade do saber: eurocentrismo e ciências sociais. Perspectivas latino-americanas. Buenos Aires: CLACSO; 2005.
- Quijano A. Colonialidad del poder y clasificación social. Castro-Gómez S, Grosfoguel R, Organizadores. El giro decolonial: reflexiones para una diversidad epistémica más allá del capitalismo global. Bogotá: Siglo del Hombre Editores; U.C., I.E.S.C. y Pontificia Universidad Javeriana, Instituto Pensar; 2007. p.93-126.
- Quijano A. Colonialidade do poder e classificação social. Santos B de S, Meneses MP, Organizadores. Epistemologias do Sul. São Paulo: Cortez; 2010.
- Racionais Mc's. A Vida É Um Desafio. Álbum. Nada como um Dia após o Outro Dia. 2002.
- Soares E. A Carne. Álbum. Do Cócix Até O Pescoço. 2002.
- Spivak GC. Pode o subalterno falar? Almeida SRG, Feitosa MP, Pereira A, tradutores. Belo Horizonte: Editora da UFMG; 2010.



Por uma redução de danos menor: percurso clínico-político da redução de danos como função e a função do redutor

Paula Emília Adamy
Rosane Neves da Silva

Introdução

A luta da Reforma Sanitária, desde seu início, era pela quebra do modelo higienista e pela busca de modelos de atenção integral em saúde que incorporassem ações de promoção, prevenção, proteção e recuperação, sem simplificar a saúde como ausência de doenças. O Sistema Único de Saúde – SUS está amparado pela Constituição Federal de 1988 e pelas Leis Federais nº 8.080/90 e nº 8.142/90. A partir da Constituição de 1988, a saúde passa a ser um direito de todos e dever do Estado (Brasil, 1988).

Este movimento provoca uma transição importante do modelo de atenção pautado pela saúde pública para o da saúde coletiva, entendida como

[...] *campo científico*, onde se produzem saberes e conhecimentos acerca do objeto 'saúde' e onde operam distintas disciplinas que o contemplam sob vários ângulos; e como âmbito de práticas, onde se realizam ações em diferentes organizações e instituições por diversos agentes (especializados ou não) dentro e fora do espaço convencionalmente reconhecido como "setor saúde" (Paim, Almeida Filho, 1998: 308).

Segundo Lancetti e Amarante, a partir da Constituição de 1988 e a formulação do SUS, os hospitais psiquiátricos começam a ser criticados. Há várias críticas ideológicas, técnicas e políticas inspiradas principalmente na experiência da Reforma Psiquiátrica da Itália que, em 1978, aprovou a Lei 180, conhecida como Lei Basaglia, que é a única lei nacional em todo o mundo que determina a extinção de todos os manicômios e prescreve que se constituam serviços e estratégias substitutivas ao modelo manicomial (Lancetti, Amarante, 2006: 625).

Inspirados pelo Projeto de Lei Paulo Delgado, a partir do ano de 1992, os movimentos sociais conseguiram aprovar em vários estados brasileiros as primeiras leis que determinavam a substituição progressiva dos leitos psiquiátricos por uma Rede Integrada de Atenção à Saúde Mental. O Rio Grande do Sul foi o primeiro Estado a fazer isso. A Lei Estadual nº 9.716, de 07 de agosto de 1992, que dispõe sobre a Reforma Psiquiátrica no Rio Grande do Sul, determina a substituição progressiva dos leitos nos hospitais psiquiátricos por Redes de Atenção Integral em Saúde Mental e determina regras de proteção aos que padecem de sofrimento psíquico, especialmente quanto às internações psiquiátricas compulsórias (Rio Grande do Sul, 1992).

No nível federal, foi somente no ano de 2001, após doze anos de tramitação no Congresso Nacional, que a Lei Paulo Delgado foi sancionada. A Lei Federal 10.216 redirecionou a assistência em saúde mental e, ao privilegiar o oferecimento de tratamento em serviços de base comunitária, dispôs sobre a proteção e os direitos das pessoas com transtornos mentais, mas sem instituir mecanismos claros para a progressiva extinção dos manicômios. Ainda assim, a sua promulgação foi um importante avanço para o processo de Reforma Psiquiátrica no Brasil.

Foi no contexto de sua promulgação e da realização da III Conferência Nacional de Saúde Mental, em 2001, que a Política Nacional de Saúde Mental se alinhou com as diretrizes da Reforma Psiquiátrica e que a temática álcool e outras drogas conquistou espaço. A III Conferência consolidou a Reforma Psiquiátrica como política de Estado, conferiu aos CAPS um papel estratégico para a mudança do modelo de assistência, defendeu a construção de uma Política de Saúde Mental para os usuários de Álcool e outras Drogas e estabeleceu o controle social como garantia do avanço da Reforma Psiquiátrica brasileira. Foi a III Conferência Nacional de Saúde Mental, com ampla participação dos movimentos sociais, de usuários e de seus familiares, que forneceu os substratos políticos e teóricos para a Política de Saúde Mental no Brasil, consolidando a Reforma Psiquiátrica como uma das diretrizes do SUS.

Tem-se o desafio de reafirmar o cuidado no território num contexto de forte pressão política que busca retroceder conquistas já realizadas pela Reforma Psiquiátrica como a retomada de financiamento para hospitais psiquiátricos e maior financiamento para comunidades terapêuticas a partir da Portaria nº 3.588, de 21 de dezembro de 2017, que altera a Rede de Atenção Psicossocial, e do Decreto nº 9.761, que aprova a Política Nacional de Drogas e, apesar de citar a “redução dos riscos e danos sociais e à saúde, reinserção social” em um de seus objetivos, traz a abstinência como paradigma ideológico.

A retomada de um modelo hospitalocêntrico sempre esteve em disputa com o modelo pautado pela Reforma Psiquiátrica, de serviços substitutivos de atenção psicossocial. Sempre existiu um forte apelo da mídia e de algumas categorias profissionais, num movimento contra a Reforma Psiquiátrica, que se utilizam da necessidade de desenvolver estratégias “efetivas” com relação ao abuso e dependência do crack, ao enfatizarem a falta de leitos em saúde mental e a necessidade de revisão da legislação que determina a substituição progressiva dos leitos nos hospitais psiquiátricos por uma rede de atenção integral em saúde mental.

Porém, para se ter uma ideia, em 2014, o Rio Grande do Sul tinha em média um leito de saúde mental integral (para internações psiquiátricas ou de desintoxicação de álcool e outras drogas) em hospital geral, contratualizados pelo SUS, para cada 8 mil habitantes, sendo que cada um deles lucra do estado ou do Ministério da Saúde de R\$ 3.000,00 a R\$ 5.500,00 mensais, quase o mesmo valor de um leito de Unidade de Tratamento-Intensivo, que varia de R\$ 3.000,00 a R\$ 6.000,00 mensais. Fazendo uma comparação com outros parâmetros, o Ministério da Saúde preconiza um leito de saúde mental integral para cada 15 mil habitantes e a Organização Mundial da Saúde, por sua vez, um leito para cada 23 mil habitantes. E em comparação com outras especialidades, o Estado, nessa mesma época, tinha a média de um leito obstétrico contratualizado pelo SUS para cada 5 mil habitantes²⁶ –

26 Dados retirados do DATASUS, disponível em: <http://cnes.datasus.gov.br/>

ou seja, pouca diferença no número de leitos para desintoxicação em álcool e outras drogas do que para ganhar bebê.

Cabe colocar que não temos como objetivo nos colocarmos contra a internação, desde que ela aconteça quando há necessidade de apoio para a desintoxicação e que seja em hospitais gerais, que estão preparados para atender as demandas clínicas nos casos de crises de abstinência.

Mesmo perante os retrocessos, a Redução de Danos é afirmada como uma abordagem que pode contribuir para a ampliação desse acesso em saúde mental, álcool e outras drogas para além do que temos como oferta de serviços aos usuários, já que estas ofertas não são garantia de acesso. Essa ampliação do acesso se dá na medida em que a escuta possa se fazer no território, sem impôr condições – como a abstinência – e incentivando a participação política dos usuários em diferentes espaços.

O percurso clínico-político da Redução de Danos

De acordo com o Manual de Redução de Danos do Ministério da Saúde (Brasil, 2001), a Redução de Danos tem origem na Inglaterra, no início do século XX – mais precisamente em 1926 – com o Relatório Rolleston, quando m²⁷édicos definiram que a maneira mais adequada para tratar dependentes de heroína e morfina era realizando uma administração monitorada de opiáceos de forma a aliviar os sintomas de abstinência, pois havia um entendimento de que esta era uma proposta terapêutica para os usuários com uma dependência mais severa.

Anos mais tarde, na década de 80, em Amsterdã (Holanda), ocorre um surto de Hepatite B. Este surto faz com que um grupo de usuários de drogas injetáveis, os chamados *Junkiboden*, se organizassem para pressionar o governo a lhes distribuir material esterilizado para o uso limpo, como seringas descartáveis. O principal argumento para essa reivindicação era de que a principal causa da transmissão da Hepatite B era

o compartilhamento de seringas e não se queria mais este problema para além dos que já vinham sendo vivenciados pelo fato de estarem em uma relação de maior dependência com as drogas (Brasil, 2003a). Surge então, em 1984, um programa experimental de troca de seringas para usuários de drogas injetáveis para prevenir o contágio da Hepatite B (o usuário fornecia sua seringa utilizada e trocava por uma nova) (Rigoni, 2006). Esta forma de organização deste grupo traz efeitos tanto para o campo da saúde como para o campo dos direitos humanos, pois tensiona as forças de exercício de um poder normalizador, que rotula algumas práticas como “desviantes”, separando em categorias de normalidade e anormalidade, tanto em termos de saúde como em termos jurídicos. Este movimento acaba tendo efeitos que convergem numa política de Redução de Danos para além dos problemas associados ao uso de drogas, mas à gestão de problemas sociais de forma geral (Brasil, 2003a).

O primeiro programa de troca de seringas ocorreu em Amsterdã, mas, logo em seguida, as estratégias de redução de danos adquiriram mais força política na Europa com a propagação de um vírus que se tornou muito mais preocupante, o vírus do HIV. Com a consolidação da Aids como epidemia, a experiência de troca de seringas já estava sendo vivenciada na Inglaterra, em Liverpool, em 1985. Para Caroline Brasil, é com o advento da Aids e seu alastramento como epidemia que a redução de danos adquire força como estratégia concreta e pragmática, mas ela se fortalece a partir do momento em que as pessoas que usam drogas e/ou que vivem com HIV encontram um lugar para enunciar e reivindicar uma série de demandas que lhes eram de direito (Brasil, 2003a).

As reivindicações vão desde seringas limpas até a exigência por respeito, direito de qualquer cidadão. Portanto é esta “combinação de interesses” por parte dos órgãos governamentais de saúde e da auto-organização dos usuários de drogas que dá ao movimento de redução de danos uma força “forte” no tensionamento com as forças que compõem as políticas combativas e repressivas e os saberes higienistas (p. 49).

²⁷ O Relatório Rolleston, ou Rolleston Report, poderá ser encontrado através deste link: <http://www.drugtext.org/Table/Rolleston-Report/>

No Brasil, a Redução de Danos teve início no campo da aids, inspirada na experiência da Holanda e, desde o princípio, foi marcada por embates e disputas técnico-políticas. A primeira experiência ocorreu em 1989, em Santos, como uma estratégia de prevenção ao contágio de HIV e Hepatites entre os usuários de drogas injetáveis através da troca de seringas.

Essa experiência de Santos ocorreu em um terreno de muito confronto e encontrou forte resistência das forças conservadoras do município e do Ministério Público, acabando por ser suspensa por uma decisão judicial que considerava as trocas ilegais (Lancetti, 2012). Em virtude da proibição das trocas, alguns trabalhadores de saúde e voluntários, ligados a serviços de saúde e organizações não-governamentais – denominados ‘agentes de saúde’ – passaram a implantar, através de ações de educação em saúde, de comunicação social e do trabalho de campo, o ensinamento de como desinfetar seringas e agulhas através do uso de soluções de hipoclorito de sódio. Posteriormente, essas ações foram abandonadas e hoje são contraindicadas por terem baixa eficácia (Brasil, 2001).

No Rio Grande do Sul, a primeira experiência ocorreu em Porto Alegre. O projeto para o trabalho em redução de danos iniciou em 1995, voltado à prevenção do contágio do HIV e hepatites virais por usuários de drogas injetáveis. Em 1996, inicia-se o trabalho de campo com um grupo de oito pessoas, sendo alguns trabalhadores da Comunidade Terapêutica da Cruz Vermelha – COTE, serviço semelhante ao trabalho do CAPS, que ainda não existia na época, e ex-usuários de drogas que frequentavam o serviço (Lancetti, 2012).

O projeto foi implantado primeiramente em uma Unidade Básica de Saúde, onde havia um grande número de usuários de drogas injetáveis e uma equipe sensível para trabalhar essas questões com outra forma de abordagem. Neste bairro, foram colocadas algumas caixas coletadoras de seringas em locais estratégicos – ponto de ônibus, domicílio, bar. Além disso, os redutores realizavam trabalho de campo à tarde e sua presença na comunidade fazia com que as pessoas os procurassem para trazer questões

para além do uso de drogas, mas sobre a saúde como um todo, tendo grande adesão a esse trabalho por parte dos usuários (Lancetti, 2012). Porém sua regulamentação somente aconteceu três anos depois do seu início, através da aprovação do Projeto de Lei nº 69/99 (Rio Grande do Sul, 1999).

Mas, como dito anteriormente, é a partir da III Conferência Nacional de Saúde Mental, que a Redução de Danos passa a ser um importante eixo de articulação entre as Políticas de IST, HIV/Aids e de Saúde Mental (Souza, 2007) no Brasil, pois a Conferência teve como uma de suas deliberações a reorientação dos Programas de Redução de Danos no sentido de migrarem do campo exclusivo das IST, HIV/Aids para o campo da saúde mental. Esse eixo de articulação não nasce de uma hora para outra, pois a Redução de Danos nasce da Política de Aids como uma *estratégia* de prevenção de HIV, mas já tem uma aproximação com a saúde mental desde o seu início. Mesmo que o tema álcool e outras drogas tenha sido tão pouco discutido no Movimento Antimanicomial, através das trocas de seringas, já se trocava muitas outras coisas: histórias, afetos, angústias, saberes. “*Muito mais do que prevenir o HIV, entretanto, a Redução de Danos interrogou profundamente ditos e práticas consideradas como verdades inquestionáveis no campo político-reflexivo das drogas*” (Petuco, Medeiros, 2010).

De estratégia de prevenção à diretriz de trabalho na Política de Atenção Integral a Usuários de Álcool e outras Drogas (BRASIL, 2003b), a Redução de Danos acompanhou os movimentos das Reformas Sanitária e Psiquiátrica, em função de seus princípios de trabalhar com a lógica do território, o protagonismo das pessoas e a participação em movimentos sociais.

A inserção da RD no Brasil se dá no contexto da reabertura política, da Constituição Federal de 1988 e no cenário das lutas pela Reforma Sanitária e Psiquiátrica. Assim, a noção de saúde ampliada, a participação e o controle social, e princípios como equidade e universalidade são bandeiras que nascem conjuntamente com o movimento social em RD, o qual vem desenvolvendo a partir da luta de sua inserção como proposta no Sistema Único de Saúde (RIGONI, 2006: 18).

Quando a Redução de Danos iniciou no Brasil, inspirada na experiência dos países europeus, era entendida como uma tentativa de minimizar as possíveis consequências do consumo de drogas do ponto de vista da saúde, sem necessariamente reduzir esse consumo (Wodak, 1998). A preocupação naquele momento era com relação à contaminação de HIV/Aids através do compartilhamento de seringas por usuários de drogas injetáveis. Como o campo de trabalho era o mesmo, as outras questões de vida das pessoas acessadas forçavam uma ampliação da atuação da Redução de Danos para além das trocas de seringas.

Essa ampliação é reforçada com a mudança com relação ao tipo de droga mais usada; o crack, sendo uma droga mais barata, com valor acessível e de efeito intenso, se populariza e a cocaína injetável deixa de ser a droga privilegiada pela maioria das pessoas que fazem uso. Os redutores de danos, que já trocavam muitas coisas além dos insumos, como vínculo, afetos, histórias de vida, passam a privilegiar essas outras trocas a cada encontro com usuários. Essa é uma transição bem importante, pois é a partir desse momento que os investimentos voltados para a redução de danos por parte das políticas de HIV começam a diminuir, como se o uso de drogas não fosse mais fator de risco relacionado à transmissão ao HIV, ao mesmo tempo que a saúde mental não incorporou a redução de danos de fato.

Para problematizar a diminuição de investimentos em redução de danos por parte da Política de HIV e do pouco investimento por parte da Saúde Mental, cabe um recorte para trazer alguns dados da pesquisa sobre o Perfil dos usuários de crack e/ou similares no Brasil realizada pela FIOCRUZ em 2011 e encomendada pela Secretaria Nacional sobre Drogas (SENAD) (Bastos, Bertoni, 2014). Tal estudo traz as características sociodemográficas e comportamentais dessa população, tendo entrevistado 7.381 pessoas nas capitais brasileiras e nove regiões metropolitanas com municípios de médio e pequeno porte. O campo de pesquisa foram as cenas de uso de drogas mapeadas anteriormente ao início da pesquisa, onde as equipes realizaram observações e entrevistas, recrutando usuários

de crack e/ou similares, com 18 anos ou mais, que consumissem a droga com regularidade, tendo sido considerado como regular ao menos 25 dias de uso nos últimos 6 meses, de acordo com a definição da Organização Panamericana de Saúde – OPAS. Os participantes também realizaram, juntamente ao Aconselhamento, teste rápido de HIV e Hepatite C (através de kits doados pelo Ministério da Saúde).

Como resultados, temos que os usuários de crack e/ou similares entrevistados foram, na maioria, homens, na faixa etária média de 30 anos, tendo uma predominância de 80% da cor negra ou parda, com baixa escolaridade. Com relação à situação de rua, há uma grande diferença entre as capitais, que demonstrou um índice de 47,3%, e os municípios de médio e pequeno porte, com 20%. Cabe ressaltar que não significa que esse número de pessoas realmente more nas ruas, mas que nela passam uma parte expressiva de seu tempo (Bastos, Bertoni, 2014).

Com relação aos dados epidemiológicos, enquanto que na população geral a prevalência de HIV é de 0,4% (Brasil, 2016), a mesma pesquisa demonstrou que a prevalência de HIV dentre as 7.381 pessoas entrevistadas foi de 5,0%, sendo que as mulheres tiveram prevalência de 8,17% e os homens 4,1%. A prevalência mais elevada entre as mulheres pode ter relação com a violência sexual que 44,5% das entrevistadas relataram ter sofrido e do trabalho sexual ou troca de drogas por sexo, relatado por 55,6% das mulheres participantes (Bastos, Bertoni, 2014). Os dados demonstram que mesmo não sendo uma droga injetável, o uso de outras drogas também pode constituir fator diferenciado de vulnerabilidade, especialmente quando em conjugação com machismo, racismo e outras formas de violências ou preconceitos.

A pesquisa traz ainda outros resultados interessantes, sobretudo porque contrapõem algumas verdades colocadas a respeito dos usuários de drogas. No que se refere às formas de obtenção de dinheiro, uma minoria relatou atividades ilícitas. Somente 6,4 declararam realizar tráfico de drogas e 9,0 % furtos/roubos. Outro dado importante diz respeito ao tempo de

uso da droga. Nas capitais, o tempo médio de uso é de 91 meses, ou seja, aproximadamente 8 anos de uso. Já nos municípios menores das regiões metropolitanas, esse tempo é de aproximadamente 59 meses (5 anos). Este é um ponto bem debatido, já que as mídias, baseadas em políticas mais repressivas e voltadas para a abstinência, colam o uso de crack à morte, veiculando notícias de sobrevivência de 3 anos de consumo.

Retomando o percurso da RD, com o intuito de reforçar a perspectiva da redução de danos para o cuidado em álcool e outras drogas, o Ministério da Saúde lança em 2003, através do Departamento de DST/Aids, a Política do Ministério da Saúde para Atenção Integral a Usuários de Álcool e outras Drogas, trazendo a redução de danos de forma transversalizada em todo o documento, passando a ser interpretada como *diretriz* de trabalho no cuidado a pessoas que usam álcool e outras drogas por qualquer trabalhador da saúde que for acolher esta temática. Esta interpretação foi feita a partir de diversas discussões a nível estadual e federal, com trabalhadores e gestores de diferentes políticas, incluindo saúde mental e controle de IST, HIV/Aids.

Entender a Redução de Danos como diretriz de trabalho para pessoas que usam álcool e outras drogas significa compreender que ela está amparada no respeito ao desejo do outro e na sua singularidade. Isto produz uma intervenção da saúde sem atravessamentos morais, pautada na Saúde Coletiva, assim como orientada à cidadania, se considerarmos o horizonte das políticas públicas. Deste modo, mesmo com as mudanças atuais relacionadas ao Decreto nº 9.761/2019, da nova Política Nacional de Drogas, não seria possível pensar no fim da Redução de Danos, já que ela materializa de forma objetiva os princípios e diretrizes do SUS e a intersetorialidade. Militar pela Reforma Psiquiátrica e pensar em saúde mental sem considerar essa mesma lógica cidadã de cuidados para pessoas que usam álcool e outras drogas também não é possível.

Ao considerarmos o território, o redutor de danos e o seu trabalho no campo é muito importante, mas não é o único agente que pode operar

os conceitos de Redução de Danos no cotidiano. Como diretriz, a RD pode estar atravessada no fazer de qualquer profissional do campo das políticas públicas ao transversalizar as ações do cuidado com pessoas que usam álcool e outras drogas, com intervenções que passem por propiciar o estabelecimento de novas formas de relação com a droga, fortalecendo o protagonismo, promovendo a capacidade de transformação, o que significa envolver também a ressignificação dos vínculos socioafetivos.

Conforme Domiciano Siqueira e Rose Mayer:²⁹

Redução de Danos é uma das diretrizes de trabalho do SUS. Não estabelece a diminuição do consumo como condição de acesso ou exige abstinência a priori, mas o protagonismo da pessoa que usa drogas. Fundamenta-se nos Direitos Humanos e considera o exercício da liberdade, os modos de viver e trabalhar, a saúde como produção e determinação social, convergindo com a posição ética e compreensiva proposta pela Saúde Coletiva. Implica um repertório de cuidado integral e intersetorial, na perspectiva da rede. Incluem conjunto de estratégias singulares e coletivos voltados as pessoas que usam, abusam ou dependem de drogas e sua rede social e afetiva. Dirige-se à identificação e minimização dos fatores de riscos sociais econômicos e de saúde bem como potencialização dos fatores de proteção, cidadania e defesa da vida.

É com este conceito, sistematizado a partir de todo o acúmulo de conhecimento que o Rio Grande do Sul tem com relação a Redução de Danos, que a Secretaria Estadual de Saúde trabalhou, entre os anos de 2011 a 2014, para a criação da Política Estadual de Redução de Danos, através da Portaria Estadual 503, de 01 de junho de 2014 (Rio Grande do Sul, 2014), com a articulação entre as Políticas Estaduais de Saúde Mental, Álcool e outras Drogas, Atenção Básica e IST, HIV/Aids.

Esta portaria institui a Política de Redução de Danos para o cuidado às pessoas que usam álcool e outras drogas dentro das Políticas Estaduais de Atenção Básica, Saúde Mental, Álcool e outras Drogas e IST/Aids e

²⁸ Denis Petuco, em apresentação no Congresso Sul-Brasileiro de DST's e AIDS, 2009 – não publicado.

²⁹ Conceito sistematizado por Domiciano Siqueira e Rose Mayer na Oficina de Redução de Danos ocorrida no Congresso de Crack, em Porto Alegre, julho 2010.

trabalha os conceitos de Saúde Coletiva para pensar na questão do usuário e em como ele pode contribuir para o seu projeto terapêutico, trazendo para a relação técnico-usuário o seu contexto social, cultural, histórico. Além disso, reforça a promoção da saúde e prevenção das IST, HIV/Aids na perspectiva da integralidade, recomendando a distribuição de insumos para o uso de drogas no trabalho de campo nas cenas de uso, quando isso se fizer necessário. Tem-se, assim, a retomada da essência da RD com a ideia do protagonismo como uma prática social, ou seja, não se dissocia a ideia de cuidado da realidade em que a pessoa vive e o que esse cuidado em saúde poderá produzir na sua vida, considerando também em cada território com suas marcas e modos de existência.

A Redução de Danos como função e a função do redutor

Falamos no campo macropolítico da trajetória da Redução de Danos de estratégia à diretriz em sua transversalização da Política de IST, HIV/Aids para a Saúde Mental, porém, no campo micropolítico, como essa transição permeia o fazer e as práticas no território? Como transversalizar as ações, buscando uma maior sustentabilidade, sem perder a especificidade do trabalho de campo do redutor de danos?

Originalmente, a Redução de Danos iniciou no campo da prevenção de doenças de transmissão sanguínea entre os usuários de drogas injetáveis. Aos poucos, foi sendo vista pela essência de seus princípios, que pode ser entendida como “respeito ao usuário de drogas pelo direito aos seus produtos de consumo e as suas práticas” (Contre et al, 2004: 64).

Durante as rodas de conversas com redutores de danos de um município do Rio Grande do Sul, a partir da pesquisa-intervenção que fez parte do trabalho de dissertação de mestrado “As rodas e os modos de andar a redução de danos: territórios e margens de um trabalho vivo” (Adamy, 2014), alguns redutores dizem ter vivenciado uma mudança da redução de danos no próprio trabalho de campo nas cenas de uso de drogas, pois

a forma de abordagem, que antes era prioritariamente a troca de insumos, aos poucos foi se redesenhando e traçando outras possibilidades de contato e construção de vínculo, fazendo com que os insumos continuassem a se fazer presentes, mas a partir das demandas do usuário.

Nardi e Rigoni (2005) afirmam que uma das formas de instituir a Redução de Danos seria inserindo ações nos serviços da Atenção Básica, considerando-se que esta já está inserida no território. Outra forma poderia ser através da contratação do redutor para a Estratégia de Saúde da Família como um agente comunitário especial. Porém, também afirmam que este tipo de contratação poderia trazer como risco justamente a perda da especificidade do trabalho do redutor de danos, pois ele acabaria por assumir as funções de um agente comunitário de saúde, além das funções de redução de danos. Eles também já traziam a resistência a contratações deste tipo pelo esforço de manutenção de uma identidade profissional, pois a pouca institucionalização das práticas de RD, ao se aliar à perda da especificidade do trabalho, poderia diluir suas práticas. Por isso, a dificuldade em afirmar essa proposta (Nardi, Rigoni, 2005: 280).

O impasse da sustentabilidade da redução de danos persiste, pois discute-se a importância de não perder a especificidade do redutor de danos e, ao mesmo tempo, contemplar a sua experiência. Essa é uma questão há muito tempo discutida pelos coletivos que se ocupam desse tema, tanto por parte do controle social, como da atenção, educação e gestão.

Considerando todas as descontinuidades que marcam a trajetória da Redução de Danos, o trabalho na equipe da gestão estadual de saúde mental permitiu a participação em um grupo de trabalho, formado pelas equipes da Coordenação Estadual de Saúde Mental, Álcool e outras Drogas e do Centro de Referência de Redução de Danos – CRRD – da Escola de Saúde Pública do RS. Este coletivo teve como objetivo pensar e formular alternativas de inserção efetiva da Redução de Danos na política pública de saúde mental do RS, pois, mesmo que a Redução de Danos já ultrapassasse o campo da política de IST, HIV/Aids – onde teve origem – e ganhasse lugar

no cotidiano das práticas de cuidado em saúde mental, ela não tinha, até então, reconhecimento e sustentabilidade na política de saúde mental. Uma das pessoas que coordenou o Programa de Redução de Danos de um dos municípios gaúchos fez a seguinte colocação em um de nossos encontros: “a redução de danos pertence à saúde mental de direito, mas não de fato”. Essa frase é um analisador, no sentido de que realmente a Política de Saúde Mental nunca havia se ocupado em assumir a redução de danos para si.

Este grupo de trabalho, então, formulou uma Resolução aprovada na Comissão Intergestores Bipartite – CIB – de número 038/2012, substituída após pela Resolução 234/2014, que institui recurso financeiro Estadual para a implantação de Composições de Redução de Danos em âmbito municipal, tendo como função o Trabalho de Campo nas cenas de uso de drogas e Apoio Matricial na rede local de saúde sobre o cuidado em álcool e outras drogas na Atenção Básica.³⁰

A definição desses dois enfoques de atuação para as Composições de RD – trabalho de campo e apoio matricial – permite articular as ações de redução de danos nas Políticas de Saúde Mental, Álcool e outras Drogas, Atenção Básica e IST, HIV/Aids e visava potencializar o trabalho do redutor de danos, transversalizando seu conhecimento na rede de saúde, pelo compartilhamento com os demais atores do cuidado. Conhecimento este que tem a especificidade de se produzir na aproximação às cenas de uso de drogas, através do vínculo e do acompanhamento de usuários para a promoção de saúde.

Pensar nessas duas possibilidades de atuação era uma forma de apostar na possibilidade dos trabalhadores estarem mais em campo no território, ao

mesmo tempo que se apostava na potencialidade do deslocamento do redutor

³⁰ A Resolução CIB 038/2012, que foi substituída pela Resolução CIB 234/2014, prevê incentivo financeiro estadual para municípios acima de 16 mil habitantes para realizar trabalho de campo de redução de danos e apoio matricial na rede local de saúde. Cada Composição poderá dar cobertura para uma população de 16 mil habitantes, podendo ter mais de uma Composição em um mesmo município. A constituição do trabalho pode ser de duas formas: Modalidade I - COMPOSIÇÃO DE EQUIPE DE REDUÇÃO DE DANOS: processo de trabalho composto por trabalhadores contratados por processo seletivo público ou concurso público, com dedicação de, no mínimo, 20 horas semanais para realizar trabalho de campo de Redução de Danos, trocar experiências e matriciamento na rede local de saúde; e Modalidade II – COMPOSIÇÃO INTERSETORIAL DE TRABALHO DE REDUÇÃO DE DANOS: processo de trabalho composto, necessariamente, por trabalhadores de diferentes serviços/setores, com dedicação de, no mínimo, 12 horas semanais para as mesmas ações.

de danos para o papel de apoiador, pois ao estar presente nesses dois lugares com essas duas funções – trabalho de campo e apoio matricial – traz como potência a sua experiência nas cenas de uso de drogas no território para que outros profissionais de saúde possam se aproximar, mesmo que seja pelas narrativas, dos modos de ser de cada usuário em sua matriz social, nas linhas de cuidado que são tecidas por esses encontros. Dessa forma, percebemos o quão próxima a redução de danos está do trabalho de consolidação e avanços da Reforma Psiquiátrica, já que a potência do cuidado a partir deste paradigma está no encontro onde a vida acontece. Por isso, a aposta da redução de danos como diretriz, cabendo a todos aqueles que se ocupam do cuidado em álcool e outras drogas.

Redução de Danos como um cuidado de si

Caroline Brasil (2003a) trabalha a redução de danos como um “cuidado de si”, pensando-a como um dispositivo que produz processos de diferenciação, sendo que “a proposta não é a de prescrever como devem ocupar um lugar no mundo, mas de resgatar o que pode se enunciar pela via do desejo próprio de cada sujeito” (Brasil, 2003a: 63).

Desta forma, a autora coloca a escuta como uma técnica de poder sobre o outro e depois sobre si mesmo, como uma tecnologia de si, ferramenta que promove a aproximação para o estabelecimento de laços em uma relação de confiança, que “dispara um processo de ‘falar’, de colocação de demandas, do que pode vir com o ‘esculpir’ da relação, a se configurar como enunciação do desejo” (BRASIL, 2003a, p. 64).

Partindo deste entendimento da Redução de Danos, podemos refletir sobre as aproximações possíveis com a Estética da Existência. Foucault trabalha dois importantes conceitos a partir da antiguidade greco-romana: as técnicas de si e a estética da existência, que apontam para a possibilidade de criação de um estilo próprio, visando à produção de si mesmo como o artesão da beleza de sua vida, fazendo desta uma obra de arte (Foucault, 1985).

Foucault afirma que as “artes da existência”

[...] devem ser entendidas como as práticas racionais e voluntárias pelas quais os homens não apenas determinam para si mesmos regras de conduta, como também buscam transformar-se, modificar-se em seu ser singular, e fazer de sua vida uma obra que seja portadora de certos valores estéticos e que corresponda a certos critérios de estilo (FOUCAULT, 2012: 193)

A prática das técnicas de cuidado de si resultava em uma reflexão sobre os modos de vida e sobre as escolhas de existência que cada sujeito faz. Neste sentido, a prática ascética, ou ascetismo, desafiava os modos de existência prescritos, representando uma forma de resistência social, uma singularização e afirmação de alteridade. Esse treinamento de si era caracterizado pela askésis, que era uma atitude constante de atenção e cuidado em relação a si próprio. Para Foucault, as técnicas de cuidado de si eram procedimentos

[...] prescritos aos indivíduos para fixar sua identidade, mantê-la ou transformá-la em função de determinados fins, isso graças a relações de domínio de si sobre si ou de conhecimento de si por si (FOUCAULT, 1997: 109).

O tema da estética da existência ganha ainda mais importância quando é destacada a sua dimensão ética. Para Foucault, “o que é a ética senão a prática da liberdade, a prática refletida na liberdade? (...) A liberdade é a condição ontológica da ética. Mas a ética é a forma refletida assumida pela liberdade” (FOUCAULT, 2012, p. 267). Nesse sentido, podemos articular a ética do cuidado de si como prática de liberdade a partir da estética da existência com a redução de danos, como um cuidado de si que, ao pensar em si, fazendo um exercício sobre si mesmo, provoca efeitos de cuidado na relação com o outro. Um cuidado que passe por não ser escravo em relação aos seus prazeres, sendo isso o que poderíamos chamar de liberdade.

O acompanhamento realizado com uma das Composições de Redução de Danos existentes em um município do RS a partir da pesquisa-intervenção que fez parte do trabalho de dissertação de mestrado “As rodas e os modos de andar a redução de danos: territórios e margens de um trabalho vivo” (Adamy, 2014), já citada anteriormente, remete à relação da redução de danos com a estética da existência e o cuidado de si. Os redutores não buscaram impor regras no acompanhamento que realizaram com uma mulher no seu processo de gestação e depois de acompanhamento dos bebês – no plural, pois nasceram trigêmeos –, como também não trabalharam no sentido de prescrever para ela um modo de viver que não tivesse relação com o seu modo de existência. Diante de tanta violência por parte das políticas públicas que ocorre com as mulheres gestantes que fazem uso de drogas, em que não se dá a possibilidade de viver a maternagem pelo simples fato de serem estigmatizadas como incapazes de exercer o cuidado e, que corriqueiramente se prefere institucionalizar o cuidado de bebês do que fazer essa aposta, o trabalho dos redutores de danos exerce uma marca que produz diferença, pois os mesmos colocaram-se ao lado para acompanhá-la nesse momento de gestação de novas possibilidades de ser, apostando na redução de danos como uma tecnologia leve de cuidado que acompanha esses itinerários.

Ao invés de investirem em um discurso moral com relação aos riscos de amamentação, viram ali uma possibilidade dela se mostrar para aqueles três seres recém-gerados como alguém que tinha algo a oferecer. Percebeu-se o acompanhamento da redução de danos trabalhando a partir da dimensão da estética da existência humana, que trabalha na direção de responsabilizar este sujeito desejante na construção de uma existência singular, a partir da invenção de si.

O acompanhamento dos campos de RD nas cenas de uso de drogas com esses redutores de danos, possibilitaram enxergá-los como uma presença que provoca uma pergunta a um outro e como alguém que está interessado em saber da sua vida para além do objeto que ele faz uso. Ao

chegar no território, onde eles saem caminhando pelas ruas ao encontro das pessoas que ali estão, e, quando já não são interpelados pelos próprios moradores, em virtude do vínculo que já estabeleceram, se aproximam com uma pergunta: “Como você está?”; “E então, conseguiu resolver aquela situação?”; “Como foi tua semana?”.

Além disso, levam sempre materiais de distribuição, que são os insumos, como camisinhas, folders e outros materiais informativos. Os insumos têm uma função muito importante, não somente a de trabalhar a prevenção das IST e HIV ou para dar dicas de redução de danos com relação ao uso, abuso e dependência de drogas, mas também como um objeto que se coloca entre o redutor e o usuário, tendo uma forma também de aproximação.

Mas a ida a este outro território, o da redução de danos, que, subjetivamente, não é o mesmo que o território dos agentes comunitários, faz também com que os redutores de danos se deparem com situações-limite, sendo que a singularidade do trabalho remete, muitas vezes, a uma concretude subjetiva, em que é preciso emprestar o desejo ao sujeito para que ele possa vir ou voltar a desejar, exercendo, em alguns momentos, uma função de espelho, no sentido de devolver uma imagem e lembrá-lo dos sonhos e projetos que foram compartilhados, mas que estão esquecidos.

Em um dado momento, considerando que um grupo de pessoas estava utilizando o espaço do cemitério municipal como moradia e que ali se apresentava uma cena de uso de drogas, os redutores de danos então não tiveram dúvidas em ir ao encontro dessas pessoas. Essa cena tão marcante é retratada em uma reportagem do jornalista Diego Queijo, à época:

Nas mãos e nos lábios, as marcas do sacrifício do corpo pelo prazer imediato. Nesta noite - após pular o muro e entrar no cemitério - os agentes encontraram sete pessoas consumindo drogas no local. Homens e mulheres acostumados com a companhia silenciosa dos túmulos e com os olhos calibrados pela escuridão. Mas naquela noite alguém foi até lá para despertá-los. Para lembrá-los de que não estão mortos e possuem direitos como qualquer cidadão. “A sociedade pode achar que vocês estão mortos - e até vocês mesmos podem achar que estão

mortos, mas vocês estão vivos”, diz o agente. Vivos. Entrincheirados em seu próprio mundo, mas não esquecidos. (...) O objetivo dos Redutores de Danos é evitar a transmissão de doenças e diminuir na medida do possível os problemas de saúde dos usuários (Queijo, 2013).

É nesse encontro tão singular com o território que o redutor se coloca nas brechas que a pessoa abre entre ela e a droga, no caso da dependência. É ali que se experimenta a minimizar os riscos no caso de uso e abuso, reconhecendo os gestos de cada um em se enfrentar e se superar, mesmo quando não conseguiu tudo o que pretendia, para criar com cada um as alternativas e distâncias necessárias entre o sujeito e a droga quando se sente vacilar (Roberto, 2003).

Por uma Redução de Danos menor

O inferno dos vivos não é algo que será; se existe, é aquele que já está aqui, o inferno no qual vivemos todos os dias, que formamos estando juntos. Existem duas maneiras de não sofrer. A primeira é fácil para a maioria das pessoas: aceitar o inferno e tornar-se parte deste até o ponto de deixar de percebê-lo. A segunda é arriscada e exige atenção e aprendizagem: tentar saber reconhecer quem e o que, no meio do inferno, não é inferno, e preservá-lo, e abrir espaço.

Ítalo Calvino

Para pensar sobre o trabalho que a redução de danos faz na micropolítica, recorremos a Deleuze e Guattari, que em seu livro “Kafka: por uma literatura menor” discorrem sobre a literatura judaica em Varsóvia ou Praga, sobre como Kafka, sendo um judeu-tcheco vivendo sob ocupação nazista, se utiliza do idioma alemão para escrever coisas que jamais poderiam ser aceitas naquela língua e, inclusive, naquele momento. “Uma literatura menor não pertence a uma língua menor, mas, antes, à língua que uma minoria constrói numa língua maior” (Deleuze Guattari, 2003: 38).

Deleuze e Guattari, a partir da leitura de Kafka, propõem três categorias da literatura menor, que são “a desterritorialização da língua, a ligação do individual com o imediato político, o agenciamento coletivo de enunciação” (Deleuze, Guattari, 2003: 41). A primeira característica

[...] é que a língua, de qualquer modo, é afetada por um forte coeficiente de desterritorialização. Kafka, nesse sentido, define o impasse que impede o acesso à escrita aos judeus de Praga e faz da literatura algo de impossível; impossibilidade de não escrever, impossibilidade de escrever em alemão, impossibilidade de escrever de outra maneira (DELEUZE; GUATTARI, 2003: 38).

Então, se a literatura menor tem uma relação de desterritorialização com a língua, podemos fazer uma analogia com o caráter de desterritorialização da redução de danos com relação aos paradigmas preconcebidos a respeito das pessoas que usam drogas. E aí, já entrelaçamos a redução de danos com a segunda característica da literatura menor, no seu caráter político. Por ser um trabalho que não tem uma formação como garantia, acontece muito pela militância dos próprios trabalhadores que apostam neste outro modo de acesso, escuta e acolhimento ao usuário, estando aí já a marca do seu caráter político. Porque dar voz e vez para pessoas que fazem uso de drogas e que acabam indo morar em um cemitério, é um ato político. Essa segunda característica da literatura menor

[...] é que nelas tudo é político. Nas grandes literaturas, pelo contrário, a questão individual (familiar, conjugal, etc.) tende a juntar-se a outras questões igualmente individuais, em que o meio social serve de ambiente e de fundo, de tal maneira que nenhuma das questões edipianas é indispensável em particular, nem absolutamente necessária, mas todas elas fazem “bloco” num vasto espaço. A literatura menor é completamente diferente: o seu espaço, exíguo, faz com que todas as questões individuais estejam imediatamente ligadas à política” (Deleuze, Guattari 2003: 39).

A terceira característica é a de tudo ser tomado como valor coletivo. “O que o escritor diz sozinho já constitui uma ação comum, e o que diz ou

faz, mesmo se os outros não estão de acordo, é necessariamente político” (idem, p. 40). E aí, então, a relação que podemos fazer com a redução de danos, de servir como potência em despertar uma outra sensibilidade no campo das políticas sobre drogas através do seu fazer cotidiano, que é o de trabalhar nas margens. Os redutores sempre tiveram que se deparar com situações-limite, que vão desde as situações graves que eles acompanham no campo, à exposição em territórios marcados por situações de vulnerabilidade, desigualdade e violência. E mesmo com a precarização do trabalho, marca da redução de danos desde o seu início, trabalha com o objetivo de promover espaços de acolhimento e aceitação dos tão diferentes modos de andar a vida.

É a literatura que se encontra carregada positivamente desse papel e dessa função de enunciação coletiva e mesmo revolucionária: a literatura é que produz uma solidariedade ativa apesar do ceticismo; e se o escritor está à margem ou à distância da sua frágil comunidade, a situação coloca-o mais à medida de exprimir uma outra comunidade potencial, de forjar os meios de uma outra consciência e de uma outra sensibilidade (Deleuze, Gattari, 2003: 40).

Então, ao trazermos a ideia de uma *Redução de Danos menor*, no sentido que Deleuze e Guattari dão ao termo “literatura menor”, estamos falando de um paradigma contra-hegemônico com relação às ações prescritivas e proibicionistas do campo das drogas. Quando menor, a Redução de Danos tem a potência de se colocar como “fora”, ou seja, o que se organiza em forma de luta comum e coletiva, dando efeito de bando e de margem que se insurge contra o Estado, denominado por Deleuze e Guattari de máquina de guerra (Souza, 2009; Deleuze, Guattari, 2002).

Esse conceito, máquina de guerra, é importante para pensarmos os movimentos sociais e sua relação com o Estado. Porém, máquina de guerra e movimentos sociais não são da mesma natureza, pois o primeiro refere-se a um “fora” que resiste ao estado e é marcada pelo signo da luta. Já os movimentos sociais são passíveis de acordos e contratações e, por isso, nem sempre tomam

posição contra o Estado. Fazem um movimento de ir e vir do dentro e do fora do Estado, estabelecendo poros de abertura, “dando potência para que a máquina de guerra se atualize no interior da máquina estatal” (Souza, 2009: 48). Mas também corre-se o risco de que a luta se encerre ou se esfrie em virtude de acordos incessantes, fragmentações e burocratizações (Souza, 2009).

“Avaliar a relação entre políticas de Estado e políticas públicas, implica antes de tudo, avaliar a relação que se estabelece entre máquina de Estado e os movimentos sociais” (Souza, 2009: 48). No Brasil, no Movimento da Reforma Sanitária, o desafio de incluir o “fora” no interior da máquina do Estado deu brecha para que o SUS, mesmo com a marca interiorizada pelo Estado, tenha uma face voltada para o “fora” através da participação da população. Seus princípios e diretrizes: a universalidade, integralidade, equidade, participação social e descentralização, são o que garantem uma abertura no interior da máquina estatal para que o “fora” do Estado se mantenha atuante no seu interior (Souza, 2009).

As políticas sobre drogas também são permeadas pela entrada do fora, pois são marcadas por movimentos principalmente de luta pela descriminalização das drogas e o uso de drogas legitimado no campo dos direitos humanos. Reivindica-se o direito de escolha pelo uso de drogas e o direito ao cuidado em liberdade, quando este se faz necessário. Estes movimentos têm uma marca de se colocar no sentido contra-hegemônico da atual política de drogas e dos atuais retrocessos na luta por direitos, pois ainda se tem muito o que avançar para ter um descolamento do uso de drogas da criminalização ou da doença.

Conte et al (2004) falam que as contribuições da Reforma Psiquiátrica para o campo do uso de drogas seriam: as ações permanentes de “abrir” os manicômios – e não somente as instituições, já que os manicômios mentais são instituídos a qualquer momento, pois “se trata de uma lógica de controle disciplinar dos desviantes” (p. 61) – e a necessária humanização da relação entre profissionais e usuários. E lançam como questão: “Como fazer a mudança de abordagem centrada no atendimento especializado aos

usuários de drogas para uma atenção integral a partir da atenção básica?” (Conte et al, 2004: 66). As próprias autoras já colocam algumas pistas. Dizem que “o que melhor caracteriza o conceito de Redução de Danos é a flexibilidade no contrato com o usuário” (idem, p. 64). Trazendo essa mesma coerência do trabalho com o usuário para o trabalho com a rede, o que melhor caracteriza a Redução de Danos como diretriz do cuidado é a flexibilidade no contrato entre os pontos da rede como um todo, pois é a partir dessa flexibilidade que se abrangem as condições de possibilidades de investimentos que vão além da rigidez.

E para romper com essa lógica rígida, que limita os fluxos e acessos, é preciso proporcionar aos trabalhadores espaços de acompanhamento numa abertura de escuta que possibilite a fala dessas barreiras subjetivas que também o constituem como trabalhador. Mas, para transpor essas barreiras, é preciso trazer para o campo das problematizações os impasses e perspectivas com relação às intervenções na rede, a fim de pensar em como os usuários estão sendo acolhidos, ou não, em seus modos de andar a vida.

A Redução de Danos pode lançar mão de ferramentas que propiciam esse acolhimento a partir do protagonismo do usuário, além de dirigir nosso olhar e práticas ao território. Este é protagonizado especialmente pelo usuário e inspirado, desde a Saúde Coletiva, na intencionalidade de um Plano Terapêutico Singularizado ao encontro de uma saúde agenciada na negociação ética, que reconheça a dimensão política dos modos de viver e trabalhar implicados nas escolhas e nos delineamentos intercessores que podem pautar um projeto de vida e, por conseguinte, uma construção social.

As legislações do SUS, a Reforma Psiquiátrica, a Política Estadual de Redução de Danos, do Rio Grande do Sul, a Resolução CIB/RS para as Composições de Redução de Danos são marcos importantes para legitimar as diretrizes da Reforma Psiquiátrica para o cuidado às pessoas que usam álcool e outras drogas. Porém, políticas instituídas pelo Estado não garantem sustentabilidade de uma política pública. Por isso a importância das políticas sobre drogas também serem permeadas pela entrada do fora, pois são

marcadas por movimentos principalmente de luta pela descriminalização das drogas e o uso de drogas legitimado no campo dos direitos humanos. Estes movimentos têm uma marca de se colocar no sentido contra-hegemônico das políticas repressivas das drogas, lutando por ampliação de direitos, pois ainda se tem muito o que avançar para ter um descolamento do uso de drogas que ainda é marcado pela criminalização ou da doença. É desde esse lugar de “fora” que a redução de danos consegue se colocar como política. Que política? Uma micropolítica, que opera como ética do cuidado de si e do outro e que coloca recalcitrâncias para a biopolítica.

Os diferentes percursos que passam pela Redução de Danos como diretriz podem convocar o usuário a buscar e potencializar em si e ao seu redor linhas de cuidado a partir de caminhos singulares. Um cuidado que, ao cuidar de si, traz efeitos na sua relação com o outro, como nos coloca Foucault (1985), e com o seu território, que é sempre subjetivo. Sendo subjetivo, ele não pode ser visto apenas como o espaço geográfico, mas como espaço de práticas de cuidado, relações, cultura e produção de subjetividade. Um território que possibilite a legitimidade do desejo.

Para mudar o modelo de atenção, é preciso considerar que a cidade como um todo tem a potência de produzir cuidado. Peter Pál Pelbart fala sobre as maneiras de ver, sentir, pensar, perceber, morar, vestir que nos são vendidas o tempo todo, pois consumimos mais do que bens, consumimos formas de vida. Então, como transformar em territórios existenciais alternativos as formas de organização e modos de vida ofertados ou mediados pelo capital? Quais são os recursos que dispõem uma pessoa – e uma comunidade – para afirmar um modo próprio de ocupar os espaços, de agenciar o tempo, de mobilizar a memória coletiva, de reinventar a corporeidade, de cuidar da infância e da velhice, de lidar com os prazeres e as dores? Quais as condições de possibilidades de tecer um território existencial e subjetivo, que vá na contramão da prescrição de um modo de ser proposto pela economia material e imaterial atual? (Pelbart, 2002).

E indo mais adiante: como as políticas públicas e os atores sociais

podem trabalhar na direção de transformação do território espacial, pautados pelo capital, agenciando a potencialização de territórios existenciais a partir de outros modos de subjetivação que escapem aos parâmetros consensuais? Muito mais do que ofertar respostas, a RD produz problematizações e perguntas, e colocando como materialidade dos princípios e diretrizes do SUS, da Reforma Psiquiátrica, da Saúde Coletiva e da intersectorialidade. Portanto, a RD não só não acabou, como, sendo menor, segue bem vida fortalecendo a resistência contra os retrocessos atuais.

Referências:

- Adamy PE. Das rodas e dos modos de andar a Redução de Danos: territórios e margens de um trabalho vivo [dissertação]. Programa de Pós-Graduação em Psicologia Social. Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Porto Alegre; 2014.
- Bastos FI, Bertoni N. (org.). Pesquisa Nacional sobre o uso de crack: quem são os usuários de crack e/ou similares do Brasil? Quantos são nas capitais brasileiras? Rio de Janeiro: Editora ICICT/FIOCRUZ, 2014.
- Brasil, Constituição 1988. Constituição da República Federativa do Brasil: texto constitucional promulgado em 5 de outubro de 1988, com as alterações determinadas pelas Emendas Constitucionais de Revisão nos 1 a 6/94, pelas Emendas Constitucionais nos 1/92 a 91/2016 e pelo Decreto Legislativo no 186/2008. – Brasília : Senado Federal; 2016.
- Brasil. Ministério da Saúde. Coordenação Nacional de DST/AIDS. Manual de Redução de Danos. Brasília: Ministério da Saúde; 2001.
- Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. A política do Ministério da Saúde para atenção integral a usuários de álcool e outras drogas. Brasília: Ministério da Saúde; 2003b.
- Brasil. Ministério da Saúde. Departamento de Vigilância, Prevenção e Controle das Infecções Sexualmente Transmissíveis, do HIV/aids e das Hepatites Virais. Relatório de Monitoramento Clínico do HIV. Ministério da Saúde, Brasília: 2016.
- Brasil CS. A Perspectiva da Redução de Danos com usuários de drogas: um olhar sobre os modos éticos de existência. Dissertação apresentada à Universidade Federal do Rio Grande do Sul como registro do grau parcial de Mestre em Psicologia Social e Institucional. UFRGS: 2003a.
- Conte M et al. Redução de Danos e Saúde Mental na perspectiva da Atenção Básica. Boletim da Saúde. Jan/Jun 2004; 18(1).
- Deleuze G, Guattari F. Kafka: Por uma literatura menor. Rio de Janeiro: Assírio & Alvim; 2003.
- Deleuze G, Guattari F. Mil platôs, vol. 5. Rio de Janeiro: Editora 34; 2002.
- Foucault M. História da Sexualidade 3: O cuidado de si. Rio de Janeiro: Edições Graal; 1985.

- Foucault M. Ditos e escritos, volume V: Ética, Sexualidade, Política. Rio de Janeiro: Forense Universitária; 2012.
- Foucault M. Subjetividade e verdade. In: M. Foucault, Resumo dos cursos do Collège de France (pp. 107-116). Rio de Janeiro: Jorge Zahar; 1997.
- Lancetti A, Amarante P. Saúde mental e saúde coletiva. In: Campos GWS (Org.) Tratado de saúde coletiva. São Paulo: Hucitec; Rio de Janeiro: Fiocruz; 2006. p. 615-63.
- Lancetti A. A clínica peripatética. São Paulo: Hucitec; 2012.
- Nardi HC, Rigoni R. Marginalidade ou cidadania? A rede discursiva que configura o trabalho dos redutores de danos. Psicologia em Estudo. Mai/Ago 2005; 10(2): 273-82.
- Paim JS, Almeida Filho N. Saúde coletiva: uma “nova saúde pública” ou campo aberto a novos paradigmas? Revista de Saúde Pública. 1998; 32(4):299-316.
- Pelbart PP. Poder sobre a vida, potência da vida. Revista Lugar Comum. 2002 17: 33-43.
- Petuco DRS, Medeiros RG. Saúde Mental, Álcool e Outras Drogas: Contribuição à IV Conferência Nacional de Saúde Mental – Intersetorial. 2010.
- Queijo D. Uma luz à escuridão: Redução de danos busca amenizar riscos para quem não consegue se livrar das drogas. In: Jornal Diário Popular. Reportagem de 29 de Maio de 2013.
- Rigoni RQ. Assumindo o controle: organizações, práticas e experiências de si em trabalhadores da Redução de Danos na região metropolitana de Porto Alegre. Dissertação apresentada à Universidade Federal do Rio Grande do Sul como registro do grau parcial de Mestre em Psicologia Social e Institucional. UFRGS: 2006.
- Rio Grande do Sul. Lei Estadual nº 9.716, de 07 de agosto de 1992. Dispõe sobre a Reforma Psiquiátrica no Rio Grande do Sul, determina a substituição progressiva dos leitos nos hospitais psiquiátricos por Redes de Atenção Integral em Saúde Mental e determina regras de proteção aos que padecem de sofrimento psíquico, especialmente quanto às internações psiquiátricas compulsórias. Porto Alegre; 1992.
- Rio Grande do Sul. Projeto de Lei Nº 169/99, de 12 de agosto de 1999. Disponível em: www.al.rs.gov/proposicoes/199/pll69.htm. Acesso em 4 set. 2003. 1999.
- Rio Grande do Sul. Portaria 503, de 01 de julho de 2014. Institui a Política de Redução de Danos para o cuidado às pessoas que usam álcool e outras drogas dentro das Políticas Estaduais de Atenção Básica, Saúde Mental, Álcool e outras Drogas e DST/AIDS. Secretaria Estadual de Saúde, 2014.
- Roberto C. Redução de danos: consequências na clínica analítica. Revista da Associação Psicanalítica de Porto Alegre. 2003; 24.
- Souza TP. Redução de Danos no Brasil: a clínica e a política em movimento. Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Psicologia do Departamento de Psicologia da Universidade Federal Fluminense, como requisito parcial para a obtenção do título de Mestre em Psicologia. UFF: 2007.
- Souza TP. O fora do Estado: considerações sobre movimentos sociais e saúde pública. In: Carvalho SC. Conexões: saúde coletiva e políticas da subjetividade. São Paulo: Hucitec; 2009.
- WWodak A. A redução de danos e Programas de Trocas de Seringas. In: Brasil. Ministério da Saúde. Troca de seringas: Ciência, debate e saúde pública. Brasília: Secretaria de Políticas de Saúde. Coordenação Nacional de DST/AIDS. 1998.



Sobre as autoras e os autores

Adriana Van der Sand

Psicóloga graduada pela Universidade Regional do Noroeste do Estado do Rio Grande do Sul. Residente do Programa de Residência Multiprofissional Integrada em Sistemas Públicos de Saúde, área de concentração em saúde mental. Atualmente atua como psicóloga no CAPS ad II Vida com Dignidade de Ijuí/RS. adri1911@gmail.com

Ana Carolina Rios Simoni

Psicóloga. Mestre e doutora em Educação, pela Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Foi coordenadora da Política Estadual de Saúde Mental, Álcool e Outras Drogas do Rio Grande do Sul em 2014. Trabalhou como gestora na Secretaria Estadual de Saúde do RS, de 2011 a 2018. Atualmente, é professora no Departamento de Psicologia da Universidade Federal do Rio Grande do Norte. anacarolrs@hotmail.com

Claudia Aparecida Amorin Talleberg

Psicóloga. Mestrado em Psicologia pela Universidade Federal Fluminense em Estudos da Subjetividade e Doutora em Ciências da Saúde pela Faculdade de Medicina da Universidade Federal do Rio de Janeiro. Atuou como apoiadora institucional na Coordenação de Saúde Mental, álcool e outras Drogas da Secretaria Estadual de Saúde do Rio Grande do Sul (2013-2015). Atualmente trabalha na área de psicologia, gestão e formação em saúde, assistência e organização de serviços de saúde mental e atenção básica. claudia.talleberg@gmail.com

Daniele Fraga Dalmaso

Graduação em Pedagogia e Residência Integrada Multiprofissional em Saúde Mental Coletiva pela Universidade Federal do Rio Grande do Sul.

Atualmente compõe a equipe do Apoio Institucional no Rio Grande do Sul do Projeto Mais Médicos para o Brasil pelo Ministério da Educação desde 2014. danifdalmaso@gmail.com

Douglas Casarotto de Oliveira

Graduado em psicologia e mestre em educação pela Universidade Federal de Santa Maria, doutorando em Psicologia Social e Institucional a Universidade Federal do Rio Grande do Sul. É servidor público na Prefeitura Municipal de Santa Maria/RS e participa como psicólogo da equipe do CAPS ad II CIA do Recomeço. É docente do Curso de Graduação em Psicologia da Faculdade Integrada de Santa Maria e integrante do Grupo Ítaca. douglascasarotto@hotmail.com

Elisabeth Susana Wartchow

Possui graduação em Medicina pela Fundação Faculdade Federal de Ciências Médicas de Porto Alegre, é médica de família e comunidade do Grupo Hospitalar Conceição, na Unidade de Saúde Costa e Silva. Ocupou o cargo de assessora da Diretoria do Grupo Hospitalar Conceição. Foi Coordenadora Local do Projeto de Cooperação Tripartite Brasil-Cuba-Haiti, em Porto Príncipe. ewartchow@gmail.com

Fabiana Minussi Lopes

Graduada em Enfermagem pelo Centro Universitário Metodista IPA. Especialista em Saúde Mental e Coletiva pela Escola de Saúde Pública do Rio Grande do Sul. Atuou como Bolsista Residente (ESP) na Coordenação Estadual de Saúde Mental do Rio Grande do Sul, ligada aos núcleos de saúde mental da criança e de redução de danos. fabiminussi@hotmail.com

Giovanni Francioni Kuhn

Graduado em educação física pela Escola de Educação Física da Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Especialista em Saúde Mental

Coletiva pela Escola de Saúde Pública/RS. Especialista em Educação Infantil pela Faculdade São Luis. Atua como professor de educação física no município de Gravataí-RS, na rede pública de ensino. Mestrando do Programa de Pós-graduação em Saúde Coletiva pela Universidade Federal do Rio Grande do Sul. giovannikuhn@gmail.com

Giselle Sodré de Souza Santos

Graduada em Psicologia pela Universidade Católica de Brasília. Pós-graduada em Saúde Mental e Atenção Psicossocial pela Universidade Estácio de Sá. Atuou como assessora técnica na Coordenação Nacional de Saúde Mental do Ministério da Saúde (2008 - 2013). Em 2011 participou da Força Tarefa Nacional para avaliação dos hospitais psiquiátricos no âmbito do Sistema Único de Saúde. Atualmente compõe o quadro de Especialista em Saúde da Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal. gisellesodre@gmail.com

Gisleine Lima da Silva

Possui graduação em serviço social pela Universidade do Vale do Rio dos Sinos. Especialista em Saúde Pública pela Escola de Saúde Pública do Rio Grande do Sul. Desde 2014 atua na Coordenação Estadual da Saúde da Mulher da Secretaria Estadual de Saúde do Rio Grande do Sul. gisalimma@homail.com

Helen Barbosa Santos

Psicóloga graduada pela Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul. Doutora e mestre pelo Programa de Pós-Graduação em Psicologia Social da Universidade Federal do Rio Grande do Sul. De 2013 a 2015 trabalhou como Consultora UNESCO na Gestão da Política de Atenção Integral à Saúde do Homem do Estado do Rio Grande do Sul, através de Projeto de Prevenção da Violência (2013-2014) e Primeira Infância Melhor (2014-2015). Atualmente é Consultora na área do cuidado de si e equidade de gênero para meninos/meninas e jovens. helenpsi@yahoo.com.br

Jane Terezinha Sobrosa Pilar

Cientista social e docente com especialização em saúde pública. Experiência na coordenação do orçamento participativo e secretária executiva do Conselho Municipal de Saúde em Porto Alegre. Atuação no campo da saúde, educação, comunidades indígenas e assessoria comunitária e institucional. Foi coordenadora da Política da Saúde Indígena e assessora especial da direção do Departamento de Ações em Saúde da Secretaria Estadual da Saúde do RS. Atuou como consultora internacional em políticas públicas em Cabinda/Angola. ja.pilar@hotmail.co

Juliana Tavares Ferreira

Psicóloga sanitária com mestrado em Saúde Coletiva e Residência em Saúde Mental Coletiva pela Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Atuou como residente na Política Estadual de Saúde Mental, Álcool e Outras Drogas da Secretaria Estadual da Saúde do RS. Atualmente trabalha no Espaço Vida Védica com práticas integrativas e complementares através da medicina ayurveda (marmaterapia). juju_tf@yahoo.com.br

Károl Veiga Cabral

Psicóloga, doutora em antropologia pela Universitat Rovira i Virgili, Tarragona, Espanha, revalidada como doutora em saúde coletiva pela Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Mestre em Psicologia Social e Institucional pela UFRGS. Atuou na Secretaria Estadual da Saúde do Rio Grande do Sul como Coordenadora de Saúde Mental, Álcool e outras Drogas de 2011 a 2014 e como Diretora do Departamento de Ações em Saúde em 2014. Atualmente realiza o pós-doutorado na Universidade Federal do Pará. karolveigacabral@gmail.com

Luiza Figueiró Petry

Graduada em psicologia pela Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Pós-graduada em Saúde Mental e Coletiva pela Escola de Saúde Pública

do Rio Grande do Sul. Atuou como bolsista residente na Coordenação Estadual de Saúde Mental, Álcool e Outras Drogas da Secretaria Estadual de Saúde do RS do Rio Grande do Sul, ligada à saúde mental da criança e à desinstitucionalização. Atualmente atua como psicóloga analista técnica do Conselho Regional de Psicologia de São Paulo. luizafpetry@gmail.com

Márcio Mariath Belloc

Psicólogo, mestre em artes visuais pela Universidade Federal do Rio Grande do Sul, doutor em antropologia pela Universitat Rovira i Virgili, validado nacionalmente como doutor em saúde coletiva pela Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Professor visitante na Universidade Federal do Pará, junto ao Programa de Pós-Graduação em Psicologia. Professor do Mestrado en Salud Mental da Universidad Nacional de Córdoba. Integra o Grupo Nau da Liberdade. Coreógrafo convidado do Caracol de Danças e Cenas. mmbelloc@gmail.com

Maria de Fátima Bueno Fischer

Graduação em psicologia pela Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul. Especialização em Saúde Pública e Administração em Saúde Mental. Atualmente é professora adjunta da Universidade do Vale do Rio dos Sinos e atuou como psicóloga na Secretaria da Saúde do Estado do Rio Grande do Sul. Foi diretora de desinstitucionalização no Hospital Psiquiátrico São Pedro, até 2014. Desde 2013 coordena a Associação Arte e Cultura Nau da Liberdade e do grupo teatral Nau da Liberdade. fischercunha@gmail.com

Maria Carolina Pinheiro Meirelles

Doutora em ciências pela Universidade Federal de Pelotas e Universidade Autónoma de San Luis Potosi, México. Mestrado em ciências e especialização em projetos assistenciais pela UFPel. Especialização em Formação Integrada Multiprofissional em Educação Permanente em Saúde pela Universidade

Federal do Rio Grande do Sul. Graduação em Enfermagem e Obstetrícia. Especialista em Saúde na Secretaria Estadual de Saúde do Rio Grande do Sul/RS. Atuou na Coordenação da Política de Saúde Mental por 17 anos e atualmente coordena o Grupo de Trabalho Planejamento, Monitoramento e Avaliação em Saúde da 3ª CRS/SES/RS. Coordenadora e docente da Unidade de Produção Pedagógica de Pesquisa em Saúde do Curso de Especialização em Saúde Pública da UERGS/ESP/SES/RS.

Mariana da Costa Schorn

Doutoranda em Sociologia Política na Universidade de Santa Catarina. Possui graduação em Psicologia pela Universidade do Vale do Rio dos Sinos. Mestrado em Psicologia Social e Institucional pela Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Especialização em Gestão de Políticas Públicas Informadas por Evidências (Hospital Sírio Libanês/ PROADI SUS) e Especialização em Políticas Públicas para a igualdade, pelo Conselho Latinoamericano de Ciências Sociais. É Analista Técnica de Políticas Sociais no Ministério da Saúde, tendo atuado entre 2011 e 2016 na Coordenação Nacional de Saúde Mental, Álcool e outras Drogas. marischorn@hotmail.com

Mariana Seabra Souza Pereira

Enfermeira formada pela Universidade Federal do Rio Grande do Sul, especialista em Saúde Coletiva pela Fiocruz Brasília e mestranda em Saúde Pública pela Escola Nacional de Saúde Pública/Fiocruz. Trabalhou na Secretaria Estadual de Saúde do Rio Grande do Sul como consultora da UNESCO/Programa de Prevenção a Violência na Coordenação Estadual da Saúde da Mulher entre os anos de 2013 e 2014. Atualmente é Coordenadora da Política de Saúde da Mulher de Recife/PE. marianasabrap@gmail.com

Marília Silveira

Graduação em Psicologia pela Universidade do Vale do Rio dos Sinos, mestrado em Psicologia Social e Institucional pela Universidade Federal do

Rio Grande do Sul e doutorado em Psicologia pela Universidade Federal Fluminense. Foi consultora UNESCO na Secretaria Estadual de Saúde do RS entre 2013 e 2014, trabalhando na implementação da Estratégia da Gestão Autônoma da Medicação. Atualmente é Pós-doutoranda e professora colaboradora no Programa de Pós-Graduação em Psicologia da Universidade Federal de Alagoas. mariliasilveira.rs@gmail.com

Miriam Cristiane Alves

Professora Adjunta do Curso de Psicologia da Universidade Federal de Pelotas. Professora Colaboradora do Programa de Pós-Graduação em Psicologia Social e Institucional da Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Possui graduação, mestrado e doutorado em Psicologia pela Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul, Residência Integrada em Saúde Mental Coletiva pela Escola de Saúde Pública/RS, e graduação em Educação Física pela Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Foi Coordenadora Estadual da Saúde da População Negra da Secretaria de Saúde do Estado do Rio Grande do Sul (2012-2014). Atualmente coordena o Núcleo de Estudos e Pesquisas ÉLÉÉKO - Agenciamentos Epistêmicos Antirracistas De(s)coloniais, do Curso de Psicologia da Universidade Federal de Pelotas. oba.olorioba@gmail.com

Paula Emília Adamy

Psicóloga sanitária. Graduação pela Universidade do Vale do Rio dos Sinos. Pós-graduação em Residência Integrada em Saúde Coletiva pela Escola de Saúde Pública/RS. Mestre e doutora em Psicologia Social e Institucional pela Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Atuou como apoiadora institucional na Coordenação de Saúde Mental, Álcool e Outras Drogas da Secretaria Estadual de Saúde do Rio Grande do Sul (2011-2014), da qual foi coordenadora adjunta em 2014. Desde 2015, trabalha no Departamento de Vigilância, Prevenção e Controle das IST, do HIV/Aids e das Hepatites Virais, do Ministério da Saúde. paula.adamy@gmail.com

Rafael Wolski de Oliveira

Especialista, mestre e doutorando em Psicologia Social e Institucional pela Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Possui graduação em psicologia pela Universidade do Vale do Rio dos Sinos. Foi diretor do Departamento da Divisão de Atenção aos Usuários Moradores do Hospital Psiquiátrico São Pedro de 2011 a janeiro de 2015. Atua como docente do curso de graduação em psicologia e da Residência Multiprofissional em Saúde Mental da Universidade do Vale do Rio dos Sinos. rafaelwolski@gmail.com

Raphael Vaz

Psicólogo, mestre em Estudos da Subjetividade, Política e Exclusão Social, pela Universidade Federal Fluminense. Foi apoiador equipe da coordenação da política de saúde mental do Rio Grande do Sul nos temas de desinstitucionalização. raphaelrocha@hotmail.com

Rosane Neves da Silva

Professora titular do Instituto de Psicologia da Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Possui Graduação em Psicologia, Especialização em Psicologia Escolar, Mestrado em Psicologia Social e da Personalidade e Doutorado em Educação. Participa da Linha de Pesquisa “Clínica, subjetividade e política”, do Programa de Pós-Graduação em Psicologia Social e Institucional, desenvolvendo o projeto “Políticas de subjetivação e produção de conhecimento na Psicologia Social contemporânea”. rosane.neves@ufrgs.br

Sandra Maria Sales Fagundes

Possui graduação em psicologia pela Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul, Residência em Saúde Comunitária no Centro de Saúde Escola Murialdo da Secretaria Estadual de Saúde do RS e mestrado em educação pela Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Ne época foi Diretora de Ações de Saúde (2011-2013) e Secretária Estadual de Saúde do Rio Grande do Sul (2014). É professora convidada da Maestría en Salud

Mental da Universidad Nacional de Córdoba e da Residência Integrada de Saúde Mental Coletiva da UFRGS. É psicoterapeuta e psicanalista do Instituto de Psicanálise da Sociedade Brasileira de Psicanálise de Porto Alegre. sandra.m.sales.fagundes@gmail.com

Simone Alves de Almeida

Graduação em Psicologia pela Universidade do Vale do Rio dos Sinos. Especialização em Saúde da Família e Comunidade pelo programa de Residência Integrada em Saúde do Grupo Hospitalar Conceição. Mestre em Saúde Coletiva pela Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Atualmente é doutoranda no Programa de Psicologia Social e Institucional da UFRGS. simone.smcoletiva@gmail.com

Tarissa dos Santos Rodrigues

Psicóloga formada pela Universidade Católica de Pelotas, especialista em terapia cognitivo-comportamental pela Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Coordenadora de Saúde Mental do Município de Arroio Grande/RS. tarissas@gmail.com

Publicações da Editora Rede UNIDA

Séries:

Atenção Básica e Educação na Saúde

Micropolítica do Trabalho e o Cuidado em Saúde

Cadernos da Saúde Coletiva

Vivências em Educação na Saúde

Interloquções Práticas, Experiências e Pesquisas em Saúde

Saúde Coletiva e Cooperação Internacional

Clássicos da Saúde Coletiva

Saúde & Amazônia

Arte Popular, Cultura e Poesia

Branco Vivo

Saúde em imagens

Economia da Saúde e Desenvolvimento Econômico

Saúde, Ambiente e Interdisciplinaridade

Outros

Periódicos:

Revista Saúde em Redes

Revista Cadernos de Educação, Saúde e Fisioterapia



FAÇA SUA DOAÇÃO E COLABORE

www.redeunida.org.br



ISBN 978-85-54329-25-9



9 788554 329259