

Série Saúde Mental Coletiva

ENCONTRO E ACOLHIMENTO EM TERRITÓRIOS VIVOS:

narrativas para repensar tecnologias de cuidado
a pessoas em crise na Atenção Psicossocial



Organização

Barbara Eleonora Bezerra Cabral
Carla Thamires de Sousa Marques
Gabriela da Silva Barros
Geovan Cardoso dos Santos
Laila Angélica de Lima Bastos
Lorena Silva Marques
Nathália Xavier Lima

Barbara E. B. Cabral
Carla Thamires de Sousa Marques
Gabriela da Silva Barros
Geovan Cardoso dos Santos
Laila Angélica de Lima Bastos
Lorena Silva Marques
Nathália Xavier Lima

(Comissão Organizadora)

Série Saúde Mental Coletiva

**ENCONTRO E ACOLHIMENTO EM TERRITÓRIOS VIVOS:
NARRATIVAS PARA REPENSAR TECNOLOGIAS DE CUIDADO A
PESSOAS EM CRISE NA ATENÇÃO PSICOSSOCIAL**

1ª. Edição
Porto Alegre
2022

editora



redeunida

e-livro



SUSTENTABILIDADE
editora redeunida

Coordenador Nacional da Rede UNIDA

Túlio Batista Franco

Coordenação Editorial

Editor-Chefe: Alcindo Antônio Ferla

Editores Associados: Ricardo Burg Ceccim, Márcia Fernanda Mello Mendes, Júlio César Schweickardt, Sônia Lemos, Fabiana Mânica Martins, Denise Bueno, Maria das Graças, Frederico Viana Machado, Márcio Mariath Belloc, Karol Veiga Cabral, Daniela Dallegrave.

Conselho Editorial:

Adriane Pires Batiston (Universidade Federal de Mato Grosso do Sul, Brasil).
Alcindo Antônio Ferla (Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Brasil).
Àngel Martínez-Hernáez (Universitat Rovira i Virgili, Espanha).
Angelo Stefanini (Università di Bologna, Itália).
Ardigó Martino (Università di Bologna, Itália).
Berta Paz Lorigo (Universitat de les Illes Balears, Espanha).
Celia Beatriz Iriart (University of New Mexico, Estados Unidos da América).
Denise Bueno (Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Brasil).
Emerson Elias Merhy (Universidade Federal do Rio de Janeiro, Brasil).
Érica Rosalba Mallmann Duarte (Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Brasil).
Francisca Valda Silva de Oliveira (Universidade Federal do Rio Grande do Norte, Brasil).
Hêider Aurélio Pinto (Universidade Federal do Recôncavo da Bahia, Brasil).
Izabella Barison Matos (Universidade Federal da Fronteira Sul, Brasil).
João Henrique Lara do Amaral (Universidade Federal de Minas Gerais, Brasil).
Júlio Cesar Schweickardt (Fundação Oswaldo Cruz/Amazonas, Brasil).
Laura Camargo Macruz Feuerwerker (Universidade de São Paulo, Brasil).
Leonardo Federico (Universidad Nacional de Lanús, Argentina).
Lisiane Bôer Possa (Universidade Federal de Santa Maria, 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).
Márcia Regina Cardoso Torres (Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro, Brasil).
Marco Akerman (Universidade de São Paulo, Brasil).
Maria Augusta Nicoli (Agenzia Sanitaria e Sociale Regionale dell'Emilia-Romagna, Itália).
Maria das Graças Alves Pereira (Instituto Federal do Acre, Brasil).
Maria Luiza Jaeger (Associação Brasileira da Rede UNIDA, Brasil).
Maria Rocineide Ferreira da Silva (Universidade Estadual do Ceará, Brasil).
Paulo de Tarso Ribeiro de Oliveira (Universidade Federal do Pará, Brasil).
Quelen Tanize Alves da Silva (Grupo Hospitalar Conceição, Brasil).
Ricardo Burg Ceccim (Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Brasil).
Rodrigo Tobias de Sousa Lima (Fundação Oswaldo Cruz/Amazonas, Brasil).
Rossana Staevie Baduy (Universidade Estadual de Londrina, Brasil).
Sara Donetto (King's College London, Inglaterra).
Sueli Terezinha Goi Barrios (Associação Rede Unida, Brasil).
Túlio Batista Franco (Universidade Federal Fluminense, Brasil).
Vanderléia Laodete Pulga (Universidade Federal da Fronteira Sul, Brasil).
Vera Lucia Kodjaoglanian (Laboratório de Inovação Tecnológica em Saúde/LAIS/UFRN, Brasil).
Vera Maria da Rocha (Associação Rede Unida, Brasil).
Vincenza Pellegrini (Università di Parma, Itália).

Comissão Executiva Editorial

Alana Santos de Souza
Jaqueline Miotto Guarnieri
Márcia Regina Cardoso Torres
Renata Riffel Bitencourt

Diagramação

Gráfica Editora FeF Ltda.

Revisão

Stella Freire
Barbara Eleonora Bezerra Cabral

Arte da Capa

Emanoela Lima

Esta publicação contou com apoio financeiro da Universidade Federal do Vale do São Francisco/Univasf.

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)

Ficha catalográfica elaborada pelo bibliotecário Pedro Anízio Gomes - CRB-8 8846

C117e Cabral, Barbara E. B. (org.) et al.

Encontro e acolhimento em territórios vivos: narrativas para repensar tecnologias de cuidado a pessoas em crise na atenção psicossocial / Organizadores: Barbara E. B. Cabral, Carla Thamires de Sousa Marques, Gabriela da Silva Barros, Geovan Cardoso dos Santos, Laila Angélica de Lima Bastos, Lorena Silva Marques e Nathália Xavier Lima; Prefácio de Sandra Maria Sales Fagundes. – 1. ed. -- Porto Alegre, RS: Editora Rede Unida, 2022.

72 p. (Série Saúde Mental Coletiva, v. 5).

E-book: PDF.

Inclui bibliografia.

ISBN 978-85-54329-89-1

DOI 10.18310/9788554329891

1. Autocuidado/Psicologia. 2. Intervenção na Crise. 3. Reabilitação Psiquiátrica. 4. Telerreabilitação. I. Título.
II. Assunto. III. Organizadores.

22-30180143

CDD 614
CDU 613.86

ÍNDICE PARA CATÁLOGO SISTEMÁTICO

1. Saúde pública: serviços de saúde mental.
 2. Serviços de Saúde Pública: Saúde mental.
-

SUMÁRIO

Prefácio.....	8
O cuidado em liberdade requer é ancoragem <i>Sandra Maria Sales Fagundes</i>	
Apresentação.....	10
Contornos de um ponto de partida para tecer caminhos compósitos <i>Barbara E. B. Cabral; Carla Thamires de Sousa Marques; Gabriela da Silva Barros; Geovan Cardoso dos Santos; Laila Angélica de Lima Bastos; Lorena Silva Marques; Nathália Xavier Lima</i>	
Eixo I. A potência da produção de vínculo e acolhimento.....	13
Conto 1. Ato em ação.....	14
<i>Laila Angélica de Lima Bastos</i>	
Conto 2. A estigmatização da pessoa em crise: um relato de experiência.....	16
<i>Audania do Socorro Lopes de Araújo Freire</i>	
Conto 3. Práticas psicossociais de atenção à pessoa em situação de crise na adolescência.....	18
<i>Francis Evangelista Almeida e Thâmara Agnes da S. Santos</i>	
Conto 4. <i>Reggae</i> a crise com amor: um relato de experiência.....	21
<i>Roberto dos Santos Silva Júnior</i>	
Conto 5. Vozes das experiências: escutar para cuidar.....	24
<i>Carla Thamires de Sousa Marques</i>	
Conto 6. A escuta da urgência: a palavra como instrumento fundamental no acolhimento ao sujeito em crise.....	26
<i>Gabriella Santos Wrublewski e Grécia Rejane Nonato de Lima</i>	
Conto 7. O que se tornou “normal” no contexto da atenção psicossocial em tempos de pandemia.....	30
<i>Nathália Xavier Lima</i>	
Conto 8. O dia em que fomos visitados por um anjo.....	32
<i>Cássia Poliana Príncipe Nunes; Brenda de Oliveira Pessoa; Ana Catarine Guimarães Castro e Edilson Santos Brito</i>	
Eixo II. O protagonismo de usuários/as e as multiplicidades na produção do cuidado.....	35
Conto 9. Aromaterapia na crise em saúde mental: cultivando caminhos possíveis para intervenção.....	36
<i>Araúana Amaral de Almeida e Silva; Indiara Marquene Felix da Silva; Karen Sindy Santos Martins; Maria Helena Aranha Carvalho; Kelly Mayara de Arruda Magalhães; Victória Letícia Lima de Macêdo; Rafaela Santos de Melo</i>	
Conto 10. Afrocentricidade como recurso para o cuidado em situação de crise: reflexões de uma psicóloga preta.....	39
<i>Jonalva Paranã de Araújo Gama</i>	
Conto 11. (Re)centralizando a partir do sagrado: expressões da saúde da mulher africana diaspórica.....	42
<i>Ana Catarine Guimarães Castro</i>	

Conto 12. Arte como possibilidade de cuidado e produção de vida.....	45
<i>Gabriela da Silva Barros; Karoline Barros Conceição</i>	
Eixo III. Produção do cuidado nos lugares de vida.....	48
Conto 13. Sujeitos da crise e sujeitos em crise: dualidade inconsistente em tempo de fragilização da vida.....	49
<i>Marcelo Souza Oliveira</i>	
Conto 14. “ <i>Aqui não é lugar para atender você</i> ” – o CRAS como possível articulador da RAPS.....	52
<i>Misael Carlos do Nascimento Neto e João Ricard Pereira da Silva</i>	
Conto 15. Atenção às situações de crise no território: o encontro como estratégia de cuidado..	55
<i>Lorena Silva Marques e Victor Reis Santos.</i>	
Conto 16. Conhecendo o mundo da rua: caminhos possíveis na territorialização do cuidado..	58
<i>Lorena Silva Marques</i>	
Conto 17. Sobre ser gente e bicho: a transformação que pode florescer do encontro.....	61
<i>Luciene Nunes Batista e Barbara E. B. Cabral</i>	
Sobre as autoras e os autores.....	68

LISTA DE SIGLAS¹

AB – Atenção Básica
CAPS – Centro de Atenção Psicossocial
CAPSad – Centro de Atenção Psicossocial para pessoas com problemas decorrentes do uso de drogas
CID-10 – Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados com a Saúde, 10ª versão
CnaR – Consultório na Rua
CRAS – Centro de Referência de Assistência Social
CREAS – Centro de Referência Especializada de Assistência Social
DSM-V – Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders ou Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais, 5ª versão
NASF – Núcleo de Apoio à Saúde da Família
PACS – Programa de Agentes Comunitários de Saúde
PET-Saúde – Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde
PNSIPN – Política Nacional de Saúde Integral da População Negra
PTS – Projeto Terapêutico Singular
RPB – Reforma Psiquiátrica Brasileira
SPA – Substâncias psicoativas
SUAS – Sistema Único de Assistência Social
SUS – Sistema Único de Saúde
UBS – Unidades Básicas de Saúde
USF – Unidade de Saúde da Família

¹ Optamos pela inserção de uma lista de siglas logo no início, organizada em ordem alfabética, não como uma formalidade “acadêmica”, mas no sentido de permitir o uso das siglas nos textos (sem sua apresentação), preservando-se um caráter narrativo, como na fala cotidiana.

Artigo Final

*Fica proibido o uso da palavra liberdade,
a qual será suprimida dos dicionários
e do pântano enganoso das bocas.*

*A partir deste instante
a liberdade será algo vivo e transparente
como um fogo ou um rio,
e a sua morada será sempre
o coração do homem.*

Thiago de Mello, em Os estatutos do homem

Prefácio

O cuidado em liberdade requer é ancoragem

Sandra Maria Sales Fagundes

Este prefácio bem que poderia ser um posfácio, pois sua matéria é constituída das ressonâncias a partir de leituras das histórias narradas.

A produção coletiva, a escolha literária do conto, o território do semiárido nordestino e o compromisso ético das autoras e dos autores com um sertão/Brasis sem manicômios transportaram-me imaginariamente para as margens do rio São Francisco, onde estavam acontecendo rodas de contação de histórias. As contadoras e os contadores são narradores/as personagens dos enredos. Os contos são ficcionados a partir de suas experiências na geração partilhada do cuidado em liberdade de pessoas em crise por intenso sofrimento psíquico, nos territórios, nos serviços da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), o que inclui o componente de Atenção Básica (AB), do Sistema Único de Saúde (SUS), assim como nos serviços do Sistema Único de Assistência Social (SUAS).

A proposta de escrever emerge do encontro entre pessoas que estão em sofrimento psíquico e procuram atendimento, pessoas que estão em formação universitária e seus professores/as e pessoas que trabalham nos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) e Unidades Básicas de Saúde (UBS), as quais, na confluência intercessora-perturbadora entre ensino, atenção, gestão e participação, produzem cuidado olhando a loucura nos olhos, de um modo implicado, encarnado, afectado, aprendiz e singular. A decisão de registrar e tornar pública suas experiências é uma ação militante sócio-política de sujeitas e sujeitos sentipensantes: linguagem que diz a verdade, que considera inseparáveis alma-corpo-razão-corção. Palavra dos pescadores colombianos, publicizada por Eduardo Galeano. As narradoras e os narradores põem na roda suas inquietações, seus improvisos, suas invenções, suas ferramentas e abrem a roda para outras experiências circularem, serem ouvidas, revistas e transvistas. O livreto, como o chamam as autoras e os autores, é um território vivo de desassossego e plasticidade, uma terceira margem do rio roseana.

O CAPS é lugar de atender pessoas em crise – está indicado no Manual dos CAPS, nas portarias ministeriais. No entanto, no dia a dia dos serviços nem sempre este atendimento ocorre e há quem afirme o contrário: o CAPS não é lugar de referência para a atenção à pessoa em crise. Pois as narradoras e os narradores destes contos afirmam e reafirmam que sim: é constitutivo dos CAPS o cuidado das pessoas em crise e mais, ousam uma práxis multireferenciada, para além da captura da racionalidade biomédica. Pelos contos partilhados, o CAPS – e a rede que acolhe pessoas em crise – constitui-se como um CAPS raiz, nutrido pela seiva que corre nas veias abertas do Brasil profundo e veredas do Sertão. É um CAPS usina, sementeira, laboratório de possíveis, que acolhe incondicionalmente os seres humanos, aposta na potência de vontade e se abre para a vida. Este CAPS não é ficção, se apresenta no primeiro conto, quando pelo *ATO* é transmutado em Prefeitura, com Prefeito, Gabinete, com despachos e assinaturas

da autoridade, a qual recebe a Residente e uma Entidade num ritual de boas-vindas. Num ato, múltiplos espaços, vários personagens, intensidades, indagações, incertezas, delírios, diversos planos de expressão: corporais, religiosos, palavras. Uma decisão conjunta entre familiar e residente.

No correr dos contos, como no Grande Sertão Veredas, de Guimarães Rosa, *a vida embrulha tudo. A vida é assim, esquentando e esfria, aperta e daí afrouxa, sossega e depois desinquieta. O que ela quer da gente é coragem*. O cuidado em liberdade, o que requer é ancoragem: suporte para o insuportável, impensável, indizível e para a potência. Há uma constante nos cuidados às pessoas em crise: o corpo, o corpo território de afetos, corpo movimento, corpo bailarino, corpo continente, corpo pele, corpo cor, corpo ancestralidade, corpo abrigo de tensões, torções e interseccionalidades. As pessoas em crise contam da importância do abraço, do olhar, do segurar a mão sem *medo* nem julgamento, do ficar ao lado no chão, na avenida, no consultório. E, novamente com Guimarães, lembramos que *qualquer amor já é um pouquinho de saúde, um descanso para a loucura*.

O último conto registra a ancoragem-sonho de uma mulher que tem história para contar, quer escrevê-la, mas não sabe de palavras escritas e, no encontro com a professora-mentaleira-cuidadora, começa a dar aulas e inventam um modo *pensar com o corpo e rebolar com o cérebro, como cantou Jadel Lima*, que começa outra história.

A modo de abrir a roda dos contos, considero que as leitoras e leitores encontrarão no livro o registro de escritas, como criou Conceição Evaristo ao jogar com as palavras: escrever e viver e se ver. Ela diz em entrevista a **Tayrine Santana e Alecsandra Zapparoli, em 2020²**:

é um caminho já trilhado por uma autoria negra, de mulheres principalmente. Isso não impede que outras pessoas também, de outras realidades, de outros grupos sociais e de outros campos para além da literatura experimentem a escrita. ...uma proposta em que tanto a memória como o cotidiano, como o que acontece aqui e agora, se transformam em escrita. Essa história silenciada, aquilo que não podia ser dito, aquilo que não podia ser escrito, são aquelas histórias que incomodam, desde o nível da questão pessoal, quanto da questão coletiva. A escrita quer justamente provocar essa fala, provocar essa escrita e provocar essa denúncia. E no campo da literatura é essa provocação que vai ser feita da maneira mais poética possível. Você brinca com as palavras para dar um soco no estômago ou no rosto de quem não gostaria de ver determinadas temáticas ou de ver determinadas realidades transformadas em ficções.

² Entrevista disponível em: <https://www.itausocial.org.br/noticias/conceicao-evaristo-a-escritaserve-tambem-para-as-pessoas-pensarem/>. Acesso em 20.07.2022.

Apresentação

Contornos de um ponto de partida para tecer caminhos compósitos

Barbara E. B. Cabral;
Carla Thamires de Sousa Marques;
Gabriela da Silva Barros;
Geovan Cardoso dos Santos;
Laila Angélica de Lima Bastos;
Lorena Silva Marques;
Nathália Xavier Lima

Temos a alegria de, após um longo e acidentado percurso, pôr à disposição essa coletânea de escritos produzidos a partir do convite para compartilhar experiências de atenção a pessoas em situação de crise, na perspectiva da Atenção Psicossocial, em territórios do semiárido nordestino, mais especificamente, no Vale do Médio São Francisco.

Os desafios para a finalização se intensificaram com a instauração de uma pandemia, provocada pelo novo coronavírus (SARS-COV-2), que literalmente colocou o mundo em suspensão. Enfrentados todos os obstáculos, com destaque à retomada de ânimo e fôlego para levar adiante o projeto e cumprir com o compromisso com autores e autoras que apostaram na produção, a Comissão Organizadora foi lidando com suas próprias crises e, por essa via, retecendo laços entre si e com a obra em gestação, tendo como solo e horizonte a responsabilidade assumida.

Então, este livreto saiu, finalmente, do forno, e o chamamos assim por intuito afetivo e jamais por uma avaliação de sua qualidade ou mesmo tamanho. Seu título – **Encontro e acolhimento em territórios vivos: narrativas para repensar tecnologias de cuidado a pessoas em crise na Atenção Psicossocial** – busca expressar seu eixo de sustentação: a (re)afirmação da potência do encontro para produzir caminhos de abertura e de expansão de vida na produção do cuidado.

Trata-se de uma produção coletiva que brotou do interesse de fazer circular outras narrativas sobre o cuidado a pessoas em situação de crise, que tanto reposicionem quanto extrapolem a captura do campo da saúde pela racionalidade biomédica. A compreensão é que tal racionalidade constitui tão somente uma das vias de cuidado possíveis e, para ser mesmo potente nessa direção, precisa se matizar ou se articular com outras racionalidades e modos de

produção de cuidado, reconhecendo seus limites e efeitos iatrogênicos, especialmente em um contexto contemporâneo, marcado brutalmente pela medicalização da vida.

É uma coletânea que pretende se colocar como intercessora aos/às trabalhadores/as de saúde, usuários/as das Redes de Atenção Psicossocial/RAPS, seus cuidadores/as e, sobretudo, para quem está – ou se percebe – em processo formativo no campo da saúde. Defendemos, inclusive, que profissionais compromissados/as com o agir ético e político assumam que seus processos formativos – especialmente no campo comum do cuidado em saúde – devam se manter permanentemente abertos, demandando investimentos ao longo da vida.

Desse modo, os contos querem provocar novos olhares, despertando a vontade de ousar e de propor outras experimentações na produção de cuidado. Apostamos que podem se constituir como ferramentas de Educação Permanente em Saúde, contribuindo para que os processos de trabalho sejam repensados, convocando-se a uma participação ativa de quem está envolvido nas múltiplas redes, consideradas em estado de urdidura permanente, com destaque à centralidade de quem ativa essas redes porque delas precisa – usuários/as, aqueles e aquelas que as usam e, em seus percursos na busca por cuidado, produzem outras tantas redes.

Considerando o processo histórico de Reforma Psiquiátrica Brasileira (RPB), iniciado no final da década de 70, o qual resultou, dentre outras conquistas, na estruturação de redes de cuidado territoriais, as RAPS, tendo como alguns dos marcos legais a Lei 10.216/2001 (Lei Nacional de Reforma Psiquiátrica) e a Portaria 3088/2011-2013 (que institui a RAPS), reafirma-se que a atenção a pessoas em situações de crise deve ocorrer no território, mobilizando-se todos as ferramentas e as possibilidades de intervenção de que se dispõe, para dar sustentação à pessoa em sofrimento psíquico, sendo a internação em hospital psiquiátrico, o último recurso. Pois a aposta é de que o manicômio vai e precisa cair. Sim, essa coletânea se assume como antimanicomial, porque se sustenta na compreensão de que a produção de um sertão sem manicômios, ou melhor, dos Brasis sem manicômios é um imperativo ético.

A compreensão e mediação de vivências, contextos e ambiências que geram intenso sofrimento/desorganização existencial em graus intensivos podem e devem ser realizadas em e/ou a partir de serviços de base territorial, ou em outros espaços do território que façam sentido para usuários/as e cuidadores/as, favorecendo, sobretudo, a construção e/ou o cultivo de vínculo. Os CAPS são estratégicos na articulação desses modos e processos de cuidado, precisando coordená-los no âmbito da RAPS e demais redes de atenção à saúde e de apoio social, ocupando, portanto, papel fundamental no acolhimento às pessoas em situação de crise.

Tendo em vista que, cotidianamente, trabalhadores e trabalhadoras de saúde, pessoas em sofrimento psíquico – decorrentes ou não do uso abusivo de substâncias psicoativas – e

seus familiares ou cuidadores de referência lidam com a experiência de acolher pessoas em condição de crise, bem como a riqueza do compartilhamento dessas experiências para a potencialização da atenção e formação em saúde, este livro pretende dar visibilidade a alguns desses arranjos e escapar do perigo da história única, como alerta Chimamanda Ngozi Adichie³.

Realçamos, ainda uma vez, que este livreto se compromete com a divulgação do que tem sido experienciado concretamente nos serviços de base territorial e nos territórios de trânsito de usuários/as e familiares em um pedaço do semiárido nordestino, na perspectiva de pôr em debate e reflexão modos de cuidado tecidos na conexão direta com o vínculo produzido com pessoas em sofrimento, e não com o seu diagnóstico (CID-10 ou DSM-V), cuja importância é relativizada quando se defende irrestritamente os diversos e singulares modos de fazer a vida andar, os quais incluem adoecer e lidar com o adoecimento.

O fio condutor, que convidou à produção das narrativas, foi o seguinte: *a experiência vivida na atenção a pessoas em situação de crise, no território, reafirmando a possibilidade de que tais pessoas devem e podem ser acolhidas nos diversos pontos de atenção da RAPS, especialmente no CAPS e na atenção básica, com uma lógica de cuidado substitutiva ao modelo manicomial e asilar*. Nessa direção, cada capítulo se alia com o caráter reflexivo em torno da gestão das diversas situações de crise, centrando no cuidado a quem sofre e tomando como base experiências concretas, afinadas com o processo de transformação dos modos de cuidado em saúde mental, de feição antimanicomial, amplamente registrado em nosso país.

Os 17 contos que integram a publicação estão organizados em três Eixos, nomeando categoria axiais na produção do cuidado:

- I. **A potência da produção de vínculo e acolhimento**, enfatizando estratégias que partem da valorização de uma escuta ativa e ativadora;
- II. **O protagonismo de usuários/as e as multiplicidades na produção do cuidado**, em que se realçam trançados entre arte, práticas integrativas e complementares, suporte entre usuários/as e atividades coletivas e
- III. **Produção do cuidado nos lugares de vida**, com destaque à potência da ação nos territórios em que a vida transcorre e da articulação de redes.

Contudo, os textos cruzam essas fronteiras artificialmente produzidas, reafirmando o que se buscou expressar com o título, a potência dos encontros, o que também se revelou nas configurações de autoria, que são as mais diversas, envolvendo usuários/as, trabalhadores/as e docentes. Desejamos uma degustação instigante e promotora de bons encontros...

³ Referência à palestra de Chimamanda Ngozi Adichie, registrada no livro **O perigo de uma história única**, publicado pela Companhia das Letras, em 2019.

Eixo I

A potência da produção de vínculo e acolhimento

Conto 1. ATO em Ação

Laila Angélica de Lima Bastos

Já dizia Michel Foucault em *A ordem do discurso*: “Ao invés de tomar a palavra, gostaria de ser envolvido por ela e levado bem além de todo começo possível (FOUCAULT, p. 1)”. Meu desejo é: que as palavras organizadas logo abaixo envolvam os leitores da mesma forma – ou até mais – como fui envolvida no processo de escrita e mais ainda na experiência vivida. Que esse seja um dos começos possíveis sobre caminhos e reflexões acerca do cuidado à pessoa em situação de crise ofertado pelo CAPS, compreendendo esse espaço, também, como um lugar de atenção a pessoa em crise, nas suas diferentes configurações.

Então, eis o começo: no meu segundo dia de rodízio como Residente, chegou ao CAPS, um senhor aparentando já ser idoso, queixando-se que seu sobrinho ATO estava em crise. Enunciou que quando o sobrinho está assim, só consegue dialogar com ele. Relata que ATO já é usuário do serviço há algum tempo. No entanto, foi percebido que ATO não estava junto ao seu tio no momento em que este externava a situação. Quando perguntado ao tio sobre o paradeiro de ATO, este disse que ATO estava no serviço, só não sabia precisamente onde. Fomos então à procura dele, mesmo eu ainda não o conhecendo pessoalmente.

Caminhei por todo o serviço perguntando se alguém o tinha visto, mas as respostas eram as mesmas: “Não o vimos”. Fui até a parte de cima do casarão, a qual se encontrava inativada, e nada de ATO. Tentando uma segunda busca pela sala a qual é intitulada “Coordenação”, em seu interior estava um homem alto, de pele branca, olhos claros, vestido com uma bermuda e camisa simples e um chinelo. Conversava com a recepcionista e escreveu em um pedaço de papel o nome da moça. Repentinamente saiu do recinto. Passou por mim como um furacão. Fiquei de ‘olho no furacão’ e quando perguntado qual seu nome aos profissionais, me responderam em alto e bom tom: “Este é ATO”.

Fui tentar acompanhar o itinerário de ATO e me aproximar. O homem entrava e saía de todas as salas, apertando a mão de quem encontrava e, nos poucos instantes em que parava, escrevia ou desenhava... Procurei alguém para propor uma conversa compartilhada com Seu ATO, mas sem sucesso, pois já era próximo de meio dia e o serviço estava esvaziado tanto no que concerne à presença de usuários quanto de profissionais, que tiram o horário de almoço. Chamei Seu ATO para conversar. Fechei a porta e coloquei a tramela. Seu ATO estava em delírio e iniciou a conversa, dizendo ser o prefeito da cidade e que faria mudanças na infraestrutura do município. Foi perguntado se estava bem e ele respondeu que sim, inclusive

estava fazendo uso dos medicamentos. Continuou o diálogo relatando ter tido uma esposa e que teve filhos com ela. Depois, como num rompante, abriu a carteira e me mostrou todos os documentos. Pegou um desenho, que ele tinha feito e que estava dentro de um livro, para me dar. Perguntou o meu nome para que colocasse no desenho. Após dizer, ele escreveu abaixo da figura não o nome que eu havia dito, mas um como se fosse de uma ‘entidade’ feminina, e me deu a ilustração.

Posteriormente, pediu que eu fechasse os olhos e colocasse os braços sobre a mesa, assim o fiz. Segurei em minhas mãos e começou a fazer movimentos circulares com seus dedos em meus pulsos, proferindo palavras difíceis de entender, mas que pareciam fazer parte de um ritual. De repente, caiu no chão! Bem ali na minha frente! Olhos fechados e aparência como se estivesse desacordado. “Seu ATO! Seu ATO!” e nada. Repeti o chamado duas vezes, mas sem resposta. Fiquei em silêncio, observando a cena e como eu e ele nos encontrávamos na disposição do ato em ação. Já me passando pela cabeça levantar, ir até ele e chamar alguém, ATO despertou rapidamente e agradeceu a conversa. Disse que ia sair da sala e continuar desenhando. Antes de sair, combinamos da importância de ele continuar no serviço o período da tarde e os demais dias escolhidos por ele para participação nas atividades. Acordo feito. Isso foi conversado com seu tio, que sinalizava o sanatório como alternativa para a ‘crise’ de ATO, tendo sido pedido que não fizesse isso, a partir de um diálogo sobre o papel do CAPS para o cuidado de Seu ATO. Após um diálogo longo, seu tio concordou em não o internar.

Compartilhei com alguns profissionais da equipe a situação, destacando que precisaríamos nos organizar para atender a demanda de ATO, com ATO, a longo prazo. ATO não foi ao manicômio. Não naquele dia. O CAPS desponta, sim, como um lugar de cuidado à pessoa em crise. Não existe fórmula, mas disponibilidade ajuda um bocado.

Referência

FOUCAULT, Michel. **A ordem do discurso**. Aula inaugural no *College de France*, pronunciada em 02 de dezembro de 1970. Trad. de Laura Fraga de Almeida Sampaio. São Paulo: Loyola, 1996.

Conto 2. A estigmatização da pessoa em crise: um relato de experiência

Audania do Socorro Lopes de Araújo Freire

Meu nome é Audania Araújo. Tenho trinta e cinco anos de idade, sou usuária de saúde mental desde 2007. Isso em decorrência de inúmeras violências vividas durante quatorze anos da minha vida, violências físicas, psicológicas e emocionais, em que fui obrigada a me calar durante todos esses anos. Compreendo que isso me levou a um estado de crise depressiva e um estado quase vegetativo, me levando até o atendimento do CAPS II de Petrolina, espaço em que sou acompanhada até hoje.

No início, minha aceitação do tratamento do CAPS foi bastante difícil. Não gostava que as pessoas me olhassem, não gostava de falar, ficava recuada em um canto, sem conseguir participar das atividades. Aquilo não fazia sentido para mim. Eu não sabia se poderia confiar naquelas pessoas, se elas iriam acreditar em mim. Era tudo muito estranho; eu percebia que me olhavam de uma forma e que não era aquela forma de olhar que, naquele momento, eu estava precisando. Foi o início de uma incerteza de vida.

Todos os dias eu ia ao CAPS, participava de grupos terapêuticos, oficinas de artesanato e, às vezes, de música. Participava de atendimentos individuais uma vez por semana e comecei a fazer uso de medicamentos. Eram umas medicações muito fortes, me deixavam muito sonolenta, trêmula, sedada e quase sem conseguir andar. No serviço tinham uns profissionais em que eu confiava e outros nem tanto. Sobre os últimos, penso, às vezes, que suas ações me faziam compreender que eles achavam que nós, usuários, tínhamos culpa das frustrações deles. Tinham também bons profissionais, que me motivavam a sempre voltar no outro dia, me faziam sentir um pouco melhor e saber que eu não estava sozinha.

A melhor parte era/são os/as outros/as usuários/as: ouvi-los me dava/dá forças, uns com grandes sofrimentos, outros perdidos, e assim íamos nos vendo uns nos outros. Eu sempre dizia – e digo lá – que somos espelhos uns/umas para os/as outros/as, que mesmo para aqueles/as que não conseguem falar, ver o/a outro/a falar o que sente é importante, pois muitas vezes nos sentimos parecidos e, assim, vamos seguindo, olhando e tentando cuidar uns/umas dos/as outros/as. Quando um/a de nós entra em crise, nós já percebemos, pois sabemos o jeito que cada um/a fica quando está começando a entrar em crise, ou já está em crise. Mesmo sem formação técnica, ajudamos. Na maioria das vezes, dá certo; quando não conseguimos, chamamos um profissional do CAPS para que venha dar assistência. Porém, infelizmente, na

maioria das vezes existe um grande despreparo dos profissionais ou, posso dizer, ausência de interesse em querer ter esse preparo e chegar junto nos momentos de crise. Existe uma falta de interesse ou acham que queremos chamar a atenção e isso nos dói muito, pois somos gente, somos gente que sente e sofre muito.

Na hora de intervir nas situações de crises, ficam jogando um/a para o/a outro/a. Chama o SAMU, chama a Polícia, nos isolam, nos internam... Me expliquem se isso é um profissional que sabe o que se faz? Ou é uma estigmatização? Hoje já não sei mais que diagnóstico tenho. Já me deram mais de nove! É muita incerteza. Só quero ser tratada com dignidade e com respeito que mereço, pois não sou criminosa. O que fiz para que numa crise fosse preciso chamar a polícia para me conter, mesmo sem ter cometido qualquer crime?

CRISE. Acho essa palavra um grande desafio para nós, usuários/as, e um enigma para os profissionais. Confesso, de fato, ser bem complicado mesmo, mas ações tão simples podem ajudar bastante. Lembro-me que, uma vez, no CAPS, eu estava em uma assembleia e outra usuária me tratou de uma forma que me deixou em crise. Naquele momento, uma estagiária de psicologia que lá estava e uma residente de saúde mental me levaram para uma sala, não tiveram medo de mim, ficaram comigo o tempo todo, não me deixaram sozinha sequer um segundo e, com gestos simples, como o de se sentar ao meu lado, segurar a minha mão, me ajudar a conseguir voltar a respirar, colocar uma música tranquila para que eu pudesse me acalmar, logo eu consegui, com ajuda delas, sair da crise. Esse tipo de cuidado sim, nos ajuda a sair de uma crise e nos faz sentir acolhidos/as e respeitados/as, como pessoas que somos. Só precisamos de profissionais que, em um momento nosso de crise, não tenham medo de chegar perto de nós, de pegar na nossa mão e até de dar um abraço, se for preciso, pois isso ajuda mais a nos recuperarmos de uma crise do que uma injeção ou medicação.

Conto 3. Práticas psicossociais de atenção à pessoa em situação de crise na adolescência

Francis Evangelista Almeida

Thâmara Agnes da S. Santos

A partir do movimento de RPB, os CAPS assumiram lugar na rede enquanto serviços substitutivos à lógica manicomial e as práticas de atenção à pessoa em situação de crise foram reorientadas, com predomínio da territorialização e integralização do cuidado.

Segundo Yasui (2010), o modelo psiquiátrico tem como característica isolar para conhecer e dominar; desse modo, a principal estratégia de enfrentamento das crises se dá alicerçada na exclusão e intervenção psicofarmacológica. Os modos de intervenção nesses casos são estratégicos, uma vez que crises disparam entradas em hospitais psiquiátricos (CAMPOS, 2014). É importante ressaltar que todos os pontos de atenção da RAPS podem ser locais de atenção à crise, pois é destinada ao atendimento de pessoas em intenso sofrimento psíquico. E a internação, em qualquer modalidade, só deve ser indicada quando os recursos extra-hospitalares se mostrarem insuficientes (BRASIL, 2001).

O CAPSi é o principal ordenador das demandas no âmbito da atenção à saúde mental infantojuvenil na RAPS. Esse texto-narrativa tem como objetivo refletir sobre atenção a crise tendo como base uma experiência com uma adolescente.

Maria, 15 anos, chega ao CAPSi acompanhada por uma responsável, encaminhada pelo Centro de Referência de Assistência Social (CRAS), com queixas de sintomas depressivos, recusa parcial em se alimentar e apresentando higiene precária. Em escuta particularizada com Maria, evidenciou-se dificuldade ou negação em verbalizar; após abordagens direcionadas, com voz fraca, emitiu as poucas palavras: “*Eu não sou louca, não*”.

O acolhimento seguiu com múltiplas orientações e contrarreferência do caso ao CRAS, tendo em vista a garantia do cuidado em território, por ser lugar de amplo conhecimento do contexto familiar e para evitar cronificações (ROCHA, 2012; WILLRICH et al., 2013). Pensemos, desse ponto em diante, que o CAPSi pode, dentro do seu perfil de atuação, buscar e fortalecer estratégias comunitárias que garantam o envolvimento da família, da escola, do CRAS e da Unidade de Saúde da Família (USF). Adolescentes são sujeitos com demandas intersetoriais: eles circulam por diversos setores e se relacionam com diferentes atores sociais; por isso, os envolvidos nos atendimentos infantojuvenis devem considerar os cenários dinâmicos e as realidades culturais em que estão inseridos (LIMA, 2014). Portanto, é

importante para ambos, profissionais e público atendido, potencializar a lógica da intersetorialidade enquanto estratégia para que o cuidado aconteça de modo integral. Ainda que o CAPSij seja um serviço estratégico para produção do cuidado em saúde mental, ele deve ser compreendido como local de trânsito e fundamentalmente articulado com outros pontos da sua rede de apoio (NUNES *et al*, 2019), já que o local de amplo convívio do adolescente é o território.

Dando continuidade ao cuidado, Maria retornou ao CAPSij na companhia dos genitores para atendimento médico psiquiátrico. Diante de quadro de urgência, com recusa total de alimentos e tentativa de suicídio, foi realizada prescrição medicamentosa e encaminhamento à Unidade de Pronto Atendimento 24H para internação clínica. Durante a internação, os profissionais do CAPSij realizaram visitas institucionais para potencializar ações, com atendimento individual, acompanhamento à família e negociação de estratégias de atenção à situação de crise.

Diante do agravamento do quadro, foi necessária regulação para leito de atenção integral em hospital regional conveniado à rede. Maria permaneceu internada por cerca de 15 dias, após alta, demos continuidade aos atendimentos psicossociais. A adolescente permaneceu por alguns meses falar em casa e nos atendimentos. Lentamente, aconteceram os retornos da fala e outros estímulos.

Durante o processo terapêutico, foi incluída no Programa de Medicamentos de Alto Custo para a garantia do uso correto e contínuo das medicações prescritas. Foram realizadas discussões intersetoriais com CRAS, Centro de Referência Especializada de Assistência Social (CREAS), Conselho Tutelar e USF. Posteriormente, passou a frequentar grupos terapêuticos no CAPSij, foi reinserida nos atendimentos do CRAS e na escola, para continuidade dos estudos.

Refletindo sobre os acontecimentos sinalizados, reconhecemos o acolhimento como importante oportunidade de formar um vínculo qualitativo entre usuário/a e serviço. Conforme Merhy (2006), o encontro relacional entre trabalhador/a e usuário/a, por onde se compõem as vinculações, oferece “[...] um dos momentos mais singulares do processo de trabalho em saúde enquanto produtor de cuidado” (p. 43).

Por fim, demarcamos a importância de garantir leitos integrais de saúde mental em hospital geral na constituição da rede local, um ponto de atenção importante e estratégico para evitar a entrada no sistema manicomial. Assumimos que muito são os desafios que temos. Nos serviços de saúde, a crise ainda é tomada como algo incômodo. E justamente

pelo fato de a crise ser tomada, não raramente, como mote para a captura ao sistema manicomial, os CAPS devem atuar na contramão desta captura, possibilitando acolhimento. A crise deve abrir acesso ao serviço de saúde e ao cuidado pelo sujeito que sofre (MOEBUS, 2014). Desejamos que a crise seja tomada para validação dos processos subjetivos, sempre singulares, e base para a criação de outros modos de enfrentar as infidelidades da vida, e não como a verdade da doença que deve ser suprimida.

Referências

BRASIL. Lei nº 10.216, de 06 de abril de 2001. Institui a Política Nacional de Saúde Mental e Reforma Psiquiátrica. **Diário Oficial** da República Federativa do Brasil, 2001.

CAMPOS, P. Crise, Rede e Hospitalidade: uma abordagem para a reforma psiquiátrica. In: JORGE, M.; CARVALHO, M.C.; SILVA, P. (org.). **Políticas e Cuidado em Saúde Mental: Contribuições para a prática profissional**. Rio de Janeiro: Fiocruz. p. 161-201, 2014.

LIMA, R.C. Saúde Mental na Infância e Adolescência. In JORGE, M. CARVALHO M.C. SILVA, P.R. (org.). **Políticas e Cuidado em Saúde Mental: Contribuições para a prática profissional**. Rio de Janeiro, Editora FIOCRUZ, p. 41-58, 2014.

MERHY, E. O cuidado é um acontecimento e não um ato. **I Fórum Nacional de Psicologia e Saúde Pública: Contribuições técnicas e políticas para avançar o SUS**. Brasília, 2006.

NUNES, C. K. *et al.* Saúde mental infantojuvenil: visão dos profissionais sobre desafios e possibilidades na construção de redes intersetoriais. **Rev. Gaúcha Enferm.**, Porto Alegre, v. 40, 2019.

MOEBUS, R. CRISE. Um conceito constitutivo para a saúde mental. In: GOMES, M.; MERHY, E. (org.). **Pesquisadores IN-MUNDO: um estudo da produção de acesso e barreira em saúde mental**. Porto Alegre: Rede Unida. p. 43-54, 2014.

WILLRICH, J. Q. *et al.* Ambiência de um centro de atenção psicossocial: fator estruturante do processo terapêutico. **Revista de Enfermagem da UFSM**, Santa Maria, v. 3, n. 2, p. 248-258, 2013.

YASUI, S. **Rupturas e Encontros: Desafios da Reforma Psiquiátrica Brasileira**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2014.

Conto 4. *Reggae* a crise com amor: um relato de experiência

Roberto dos Santos Silva Júnior

Esse texto tem como objetivo relatar a experiência de um acadêmico e estagiário de Psicologia no atendimento a um usuário em situação de crise. O cenário de atendimento é o CAPS AD III de uma cidade do Sertão Pernambucano. As informações aqui apresentadas foram anotadas em diários de campos e semanários, fontes estratégicas de registro daquilo que foi vivenciado durante o estágio no cenário da prática.

Enredo do atendimento:

Ari¹ é um homem preto de 32 anos, casado e pai de duas filhas. Ari nunca conheceu o pai e foi abandonado pela mãe ainda pequeno. Desde a infância passou a se virar, trabalhando com bicos para custear a sua existência. Aos 17 anos, Ari começou a fazer uso de cocaína. Relata que sempre fez uso moderado, mas há 3 anos aumentou a frequência do uso e há 2 anos vem fazendo uso problemático. Quando a esposa descobre que Ari faz uso, o casal passa a ter conflitos e Ari decide procurar por ajuda.

Ari passa a ser assistido pelo CAPS. É admitido na modalidade semi-intensiva. No entanto, devido aos conflitos familiares e à dificuldade de lidar com a escolha de estar em abstinência, o usuário solicita acolhimento noturno. Dessa maneira, após estudo do caso em equipe, Ari foi atendido na modalidade de acolhimento noturno.

A partir da entrada de Ari no CAPS e no decorrer dos seus primeiros dias de estadia no acolhimento, ele passou a demandar da equipe diversos atendimentos individuais. Esse comportamento gerou um certo desconforto entre os membros da equipe. Por essa razão, foi decidido, em reunião, que eu seria o técnico de referência (TR) desse usuário, ficando responsável pela oferta de escuta e acolhimento das problemáticas por ele trazidas.

Assim, passo a realizar as escutas individuais com o usuário, nas quais ele me relata a intensificação da fissura pelo uso no decorrer dos dias em que está em acolhimento. No sétimo dia de seu acolhimento noturno, sou procurado pela enfermeira que, ofegante e com olhos arregalados, me questiona se sou o TR de Ari, me informando em seguida que esse acolhido se encontra em crise de abstinência na enfermaria e que solicita a minha presença.

Importante ressaltar que Ari já havia comparecido ao serviço *em crise*, em ocasião anterior a este acolhimento noturno, oportunidade na qual ele chegou ao serviço em fissura pelo uso, relatando que havia passado alguns dias sem dormir bem. Nessa ocasião, o usuário

foi medicado com benzodiazepínico injetável; em seguida, foi dormir na sala de estabilização por algumas horas até despertar e poder retornar às suas atividades rotineiras.

Vou ao encontro do usuário e percebo nele sintomas físicos da síndrome de abstinência da cocaína. Está nervoso e agitado e andando de um lado para o outro da sala. Peço para que ele me descreva o que está acontecendo e o que está sentindo. Ele me responde: *Vocês têm que fazer alguma coisa, tem que aplicar a injeção. Se não, eu vou sair daqui cara! Vou lá no cara comprar, eu quero usar, eu quero a bicha!*

Então, peço que ele tenha um pouco de calma e argumento que é necessário fortalecer o repertório de enfrentamento à fissura, sem ajuda medicamentosa, já que, futuramente, ele poderá passar pela mesma situação. Ele, contudo, insiste: *Cara, aplica a injeção, se não isso daqui não vai valer de nada! Eu pulo o portão, faço o que for e vou embora.*

Percebo que o usuário coça insistentemente e com muita força os braços. Digo para que tente coçar os braços com menos força para evitar que machuque a pele. Ari me responde que há um inseto andando debaixo de sua pele, o que o incomoda bastante e, por isso, ele se coça com tanta força. Ele me diz que não está conseguindo matar o inseto.

O delírio é, além da fissura, dos sintomas depressivos, da piora de humor, da hipersonia, um dos efeitos da abstinência de cocaína. Ele pode ser visual, auditivo e persecutório (GOI; SCHARLAU, 2007; ALVES; RIBEIRO; CASTRO, 2019). Por isso, me aproximo de Ari e peço para que me aponte em qual parte do braço se encontra o inseto, já que, como o animal se encontrava debaixo da pele, não é visível para mim. Ele me aponta o local com o dedo indicador: *Aqui cara! Tá vendo? Tá passando bem aqui.* Passo a acompanhar o dedo do usuário com o meu dedo, enquanto vou perguntando: *Está aqui?* Ele responde: *Sim, tá aí ó. Tá vendo? Tá doendo demais!* Por fim, eu esmago o inseto imaginário com a minha mão e digo: *Pronto, mano. O inseto tá morto! Para de se coçar, se não daqui a pouco tu sangra.*

Volto a me sentar atrás da mesa e observo a expressão de espanto no rosto do usuário. Continuamos o diálogo. Pergunto novamente como ele se sente, pergunto também sobre o inseto e Ari, já sem se coçar, me diz que o animal foi embora.

Nesse ponto do diálogo, percebo que a enfermaria não é mais um lugar interessante, pois o confinamento na sala deixa o acolhido agoniado. Convido Ari para uma área aberta, pego um violão e sou acompanhado por outros acolhidos, que estavam na porta da enfermaria, preocupados com a crise do companheiro. Toco algumas músicas de reggae que o usuário conhece. Em seguida, passo o violão para outro acolhido e este começa a tocar músicas religiosas, que o usuário também reconhece e gosta. Após 30 minutos de som, peço para o

usuário descrever como está se sentindo: *Pô cara! Eu tava na onda né, mas agora já passou. Mas ali, se vocês deixam, eu pulava o portão e fazia qualquer coisa para comprar.*

Proponho a reflexão do que tínhamos acabado de vivenciar, argumento que momentos como esse podem voltar a acontecer. Por fim, sugiro que, caso ele venha a optar pelo reuso, que esse seja um comportamento pensado e planejado para que lhe ocorram os menores riscos e danos possíveis.

Referências

ALVES, H. N. P.; RIBEIRO, M.; CASTRO, D. S. Cocaína e Crack. *In*: DIEHL, A.; CORDEIRO, D. C.; LARANJEIRA, R. (org.). **Dependência química: prevenção, tratamento e políticas públicas**. 2a ed. Porto Alegre: Artmed, 2019. p. 170-179.

GOI, P. D.; SCHARLAU, C. T. Síndrome de Ekblom acompanhada de automutilação. **Rev. psiquiátrica**. Porto Alegre, v. 29, n. 1, p. 97-99, abr. 2007.

Conto 5. Vozes das experiências: escutar para cuidar

Carla Thamires de Sousa Marques

A RPB e a Luta Antimanicomial defendem intervenções que considerem a complexidade do cuidado em saúde, valorizando a prática territorial em contraposição às práticas excludentes e segregadoras que estruturam os manicômios (MACEDO, DE ABREU, DIMENSTEIN, 2018). Esses processos consideram os CAPS como dispositivos estratégicos na substituição do modelo hospitalocêntrico (BRASIL, 2011).

Dessa forma, o período de imersão no CAPS, enquanto residente, foi acompanhado por um processo crítico-reflexivo sobre a realidade inserida, a partir da lógica de assistência ainda prestada pelos serviços especializados. Estar na residência, nesses espaços de cuidado e vivenciar diversas situações, permitiu perceber que esses dispositivos devem sustentar processos de autonomia, de novas possibilidades de vida para todas e todos e devem garantir o acolhimento, a responsabilização e a produção de novas formas de “cuidado do sofrimento”.

Sendo assim, segue a história de Nando. Ele tem 17 anos, é do sexo masculino, membro da Igreja Adventista. Sempre chega ao serviço acompanhado por sua mãe, com quem mora na zona rural. Nesse dia, estava eufórico, apresentando tremores, palidez e sudorese intensa, referindo a necessidade de atendimento urgente.

Em sala, relata estar se sentindo ‘sujo’ e ‘impuro’ e há aproximadamente uma semana vem tomando vários banhos ao dia e higienizando com frequência mãos e órgão genital. Ao questionar o motivo, diz que praticou um ato que vai contra os princípios da igreja e que estava envergonhado para falar, pois já havia sido repreendido pelo pastor da igreja e por um profissional de saúde, em escuta anterior. Pedi que se acalmasse e contasse aos poucos o que estava acontecendo. Ele vai falando palavras soltas. Pergunto se praticou masturbação e ele confirma.

Refere que durante, e algum tempo depois do ato, sentiu-se bem e ‘mais leve’. Explico que a prática é uma forma de conhecer melhor o próprio corpo e que, do ponto de vista da ciência, é algo natural e saudável, desde que não se torne algo compulsivo.

Falo ainda, sobre a liberação de substâncias durante o ato da masturbação, que geram a sensação de bem-estar e felicidade, sendo citada por ele mesmo, a endorfina.

Nando demonstra tranquilidade e refere estar mais calmo e aliviado, pois já tinha pensado em várias possibilidades para tentar ficar ‘puro’ e ‘limpo’, mas nenhuma estava funcionando.

Diz que agora vai tentar praticar sem culpa.

“Nando se queixa por não ter sido ‘notado’ por nenhum profissional que passou por ele e viu seu comportamento diferente dos outros dias. Levanta da cadeira, agradece pela escuta e sai da sala.”

Diante dessa compreensão, torna-se indispensável dar espaço para escuta, ouvir com cautela, despidido de preconceitos, crenças e percepções individuais para não transformar as vozes, sobretudo, de crianças e adolescentes – historicamente silenciados e desprotegidos –, em ruídos, produzindo obstáculos para a construção do cuidado. Manicômio também é controle, silenciamento, subvalorização dos sofrimentos e das experiências e vivências. É fundamental seguir fortalecendo e defendendo o cuidado em liberdade.

Referências

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. **Portaria nº 3.088, de 23 de dezembro de 2011**. Institui a Rede de Atenção Psicossocial para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde.

MACEDO, Joao Paulo; DE ABREU, Mariana Marinho; DIMENSTEIN, Magda. A regionalização da atenção psicossocial em álcool e outras drogas no Brasil. **Tempus Actas de Saúde Coletiva**, v. 11, n. 3, p. 144-162, 2018.

Conto 6. A escuta da urgência: a palavra como instrumento fundamental no acolhimento ao sujeito em crise

Gabriella Santos Wrublewski

Grécia Rejane Nonato de Lima

*Nada há de criado que não apareça na urgência,
e nada na urgência que não gere sua superação na fala.
Jacques Lacan (p. 242, 1953)*

O conceito “crise” no campo da Saúde foi instaurado com o surgimento da clínica psiquiátrica, associada a uma ameaça que desafiava a conduta moral e a ordem social (FOUCAULT, 1972). Porém, nem sempre teve sentido negativo; como na filosofia, por exemplo, em que *krisis* pode significar “juízo”, fase de escolha/decisão, podendo resultar em algo benéfico ou danoso, mas com possibilidade de renovação (LOGOS, 1990).

Refletindo a partir dessa definição, elegemos um fragmento na atenção aos sujeitos em crise, baseado na experiência de uma profissional, psicóloga, dentro de um CAPS I, em uma cidade do interior de Pernambuco, com cerca de 18 mil habitantes.

Relato de uma terapeuta

Ana, 32 anos, usuária do CAPS, diagnosticada com esquizofrenia paranoide, apresenta comportamento recluso, embotamento da fala e expressão das emoções. Tinha histórico de “andarilha”, passava dias sem voltar para a casa. Causava preocupação aos pais que já a mantiveram trancada, em cárcere privado, alegando que não conseguiam “controlá-la”. Ana já havia parado em várias cidades vizinhas, sendo “resgatada” por algum serviço local, que entrava em contato com a equipe do CAPS, sua referência maior. Em outras situações, era encontrada suja, com fome e com sinais de abuso sexual. A equipe sempre relatava esses episódios como “crise”, pois consideravam que Ana se colocava em risco, pedindo carona para caminhoneiros na estrada, dinheiro e comida a estranhos.

Contexto preocupante, mas o direcionamento da equipe mantinha o foco no medicamento: “Está tomando corretamente?”. A equipe já havia pactuado com Ana que ela iria todo dia ao CAPS tomar os medicamentos, pois quando estes se encontravam em suas mãos, não fazia uso corretamente. Neste dia narrado, Ana se encontrava inquieta, identificada pela equipe como estando “em crise”. Almoçou no CAPS e disse que iria embora. Em alerta, a terapeuta perguntou para onde ela iria. Disse que iria para uma cidade, situada a 120 km, a pé.

A terapeuta já havia tentado construir pactuação acerca da tal viagem com Ana. Ela não tinha dinheiro e nem referências na cidade citada. Ana disse: *Você me ajuda?*

A profissional começou a planejar junto com a paciente como ela iria para tal cidade, quanto que precisaria de dinheiro para pagar o transporte, alimentação e hospedagem, como ela iria conseguir arrecadar o dinheiro necessário para realizar seu objetivo. Ana disse que queria resolver a situação do seu benefício assistencial, pois já havia tentado várias vezes no INSS sem êxito, sempre por faltar algum documento que ela mesmo perdia junto com seus pertences nessas viagens aleatórias. Ana havia acordado com a profissional do CAPS que iria conseguir arrecadar o dinheiro necessário para sua viagem através da venda de artesanatos, que ela produzia na oficina do CAPS.

Após este diálogo, Ana sentou-se para tomar café e, logo após, levantou-se e, sem avisar nada para ninguém, saiu do CAPS, a caminhar. Após alguns minutos, um comerciante da cidade ligou para algum profissional do CAPS, avisando que a paciente do CAPS, já conhecida na cidade – ou seja, era Ana –, tinha sido vista na BR, pedindo carona aos caminhoneiros. A terapeuta, em um ímpeto de criatividade e impulsividade, decidiu ir ao seu encontro e acompanhá-la, andando ao longo da pista. A profissional garantiu que o carro do CAPS as acompanhasse. Puseram-se a caminhar pela BR, entre carros e caminhões. Ana não estava muito distante da saída da cidade, por isso foi fácil encontrá-la. Quando questionada onde desejava chegar, respondeu: “Não sei, só quero andar.” A terapeuta, de prontidão, perguntou: *Posso acompanhá-la?* Ana respondeu que podia. Ao longo do caminho, a profissional fez algumas intervenções, com perguntas: para onde estava indo, se poderia esperar a equipe do CAPS articular um transporte e agendar o horário para ela no INSS etc. Várias tentativas foram feitas e Ana respondia pontualmente com: *Não sei! Só quero ir! Me deixa andar!* Associado a isto, um olhar vazio. Quando Ana foi questionada se ela aguentaria andar 120 km de uma cidade para outra, não parecia se importar com a distância. Cada vez mais a cidade se afastava, o sol, os caminhões e carros, a distância de uma cidade para outra, fez com que a profissional entrasse em desistência, cansaço e derrota. Inclusive, em uma tentativa de segurar a mão da paciente, a profissional havia sofrido uma tentativa de agressão de Ana, demonstrando que esta não queria contato.

Ficou visível que a profissional, esgotada nas suas possibilidades interventivas, não sabia mais o que fazer e como um último suspiro expressou: *Chega, Ana! Eu cansei de andar, já estamos há um tempo andando e você não sabe aonde vai. O carro do CAPS está aqui atrás acompanhando a gente, eu vou voltar para lá, você vem comigo?* Este gesto produziu um furo,

dando o desfecho para a situação: Ana apenas respondeu: *Vamos!* e acompanhou a profissional até o carro

Considerações da narrativa do caso: a palavra como instrumento fundamental

Na narrativa do caso Ana, podemos nos referir que o desfecho foi produzido em um lugar de “não saber”. Nessa situação, não havia roteiro, teoria ou intervenções terapêuticas que poderíamos adotar para ter este desfecho de Ana voltar para o CAPS. Foram várias tentativas sem sucesso, com uma única certeza: se a equipe do CAPS havia sido acionada, não poderia negar ou deixar de intervir nesta situação, porque tinha uma paciente nossa que estava perambulando em uma BR, se colocando em risco. A outra certeza que tínhamos é que havia ali um sujeito chamado Ana e que, por algum motivo, queria andar sem rumo. Cabia à profissional ali acompanhá-la, sem desconsiderar o seu desejo.

O interessante é que em nenhum momento a equipe tentou intervir usando a força ou a imobilização de Ana. Apostamos no vínculo construído dentro do CAPS e na confiança da palavra. Claro que isto exigiu uma soma de esforços de todos os profissionais que apoiaram esta ideia de a terapeuta ir ao encontro de Ana no local sinalizado. Em outros momentos, a paciente já havia sido “resgatada” por carro da polícia militar e ambulância. Quando isto acontecia, Ana chegava no CAPS amordaçada, gritando, ferida, agredida e se sentindo violentada. A equipe não queria mais vivenciar esta situação, por isto não entramos em contato com nenhum outro órgão. Como já estávamos acostumadas com esse “jeito” de Ana ser e estar no mundo, sempre apostamos em tentar intervir usando o diálogo, escutando-a no seu lugar de sujeito e pactuando outras possibilidades.

Ainda que o discurso do sujeito esteja composto de delírios ou alucinações, é imprescindível convocá-lo. Na Atenção Psicossocial, a clínica diz respeito a uma ética. Busca-se a construção do protagonismo dos sujeitos em sofrimento psíquico, a produção do sentido capaz de fazê-los superar o sofrimento, bem como os demais impasses a partir de um reposicionamento social e psíquico (COSTA-ROSA, 2012). Tal ética demanda dos trabalhadores a superação dialética de formas de produção de saúde e vida em sintonia com a singularidade de cada um.

Considerações finais

Nestes fragmentos, questionamos os impactos da crise, não somente no sujeito e familiares, mas nos profissionais de saúde. Agir com desespero ou indiferença para tentar dar

conta do fato inexprimível, o ato de não saber o que fazer, extingue as possibilidades de ação que cada caso pede.

A palavra “crise” dentro de um CAPS é a palavra mais utilizada pela equipe, é carregada de certo temor, como algo que deve ser evitado ao máximo e que ronda muito a figura do médico psiquiatra. Em várias discussões da equipe e em oficinas produzidas pela coordenação de Saúde Mental, tentamos produzir novos sentidos para a crise, buscando desvencilhar das armadilhas provocadas pelos nossos próprios muros internos enquanto profissionais.

Observamos que os discursos produzidos pelos profissionais da RAPS ensejados dentro das oficinas de qualificação à atenção a crise em saúde mental, preocupavam-se mais em encontrar “fórmulas mágicas” ou receitas já prontas que deram certo em algum atendimento à crise para apenas replicá-las. Ou seja, procuravam artifícios de silenciamento das crises. Assim, se torna necessário produzir novos sentidos para essa palavra, bem como fomentar nos profissionais a potência das suas intervenções.

Nessas circunstâncias, a crise se mostra como momento propício de aprendizado e criação de outros modos de viver. O saber-fazer com a crise é construído em conjunto, necessita-se verdadeiramente “trans-tornar” a realidade da escuta clínica em algo realmente terapêutico.

Referências

- COSTA-ROSA, A. (2012). Ética e Clínica na Atenção Psicossocial: contribuições da psicanálise de Freud e Lacan. **Revista Saúde e Sociedade**, 20 (32), 743-757. São Paulo.
- FOUCAULT, M. **História da loucura na Idade Clássica**. São Paulo: Perspectiva, 1972.
- FOUCAULT, M. (2001) A casa dos loucos. In: **Microfísica do poder**. Rio de Janeiro: Graal.
- LACAN, J., *Função e campo da fala e da linguagem* (1953). In: **Escritos**, Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1998, p. 242.
- LOGOS. **Enciclopédia Luso-Brasileira de Filosofia**. Rio de Janeiro: Verbo, 1990.

Conto 7. O que se tornou “normal” no contexto da Atenção Psicossocial em tempos de pandemia

Nathália Xavier Lima

Era 14 de maio de 2020, sexagésimo quarto dia em que a COVID-19 foi caracterizada pela Organização Mundial de Saúde (OMS) como uma pandemia. Até essa data, muitos foram os desafios profissionais e pessoais enfrentados diante dessa emergência de saúde pública. Por vezes, sentimos uma tempestade de sensações permeadas pelo medo, ansiedade, tristeza, angústia, empatia. Sim, empatia. Não porque essa palavra, de uns tempos para cá, se tornou tão falada, mas porque acredito que o momento nos fez estar e, sobretudo, perceber que estamos na mesma situação, porém, em contextos diferentes. Assim como se imagina, a literatura traz que essa pandemia implica algum sofrimento psíquico à população afetada, dificultando, inclusive, sua capacidade de enfrentamento (BRASIL, 2020a).

Pois bem, no dia anterior à data mencionada acima, eu estava no CAPS II do município de Petrolina-PE, quando fui solicitada para conversar e orientar alguém que estava a aguardar em uma ligação telefônica. Quando atendi, me apresentei e pedi para que a pessoa se apresentasse também. Ela me disse seu nome e trouxe que a demanda não era para ela e, sim, para sua irmã. Pedi para que me contasse o que estava acontecendo. Com o volume da ligação um pouco baixo, tentei me concentrar ao máximo para ouvi-la. Com uma voz que entoava preocupação, ela me disse que sua irmã há alguns dias, após o início da pandemia, começou a apresentar ansiedade, medo, preocupação excessiva, choro frequente e tremores. Diante destas queixas e da forma como foram colocadas, pensei em marcar uma escuta para o dia seguinte e assim o fiz.

Eis que as horas se passaram e o dia seguinte chegou. Manhã tranquila de quinta-feira. Passei diversas vezes pela recepção e, em uma dessas vezes, notei que havia duas mulheres sentadas em um dos bancos, uma ao lado da outra, em frente à mesa da recepção, do lado esquerdo da porta. Apesar das máscaras, percebi semblantes apreensivos; os olhares não conseguiam disfarçar. Na minha rápida passagem por aquele ambiente, imaginei quem eram. Finalizei o que estava fazendo e, em seguida, a recepcionista me informou que a usuária para quem eu tinha marcado uma escuta havia chegado. Peguei a ficha de acolhimento e senti que um desafio me aguardava. Chamei pelo nome que estava escrito naquela folha. Uma das mulheres que estava sentada levantou-se e disse: *Sou eu!* Pedi para que ela me acompanhasse. Ela levemente virou-se para a outra ao seu lado e um olhar fixo foi o suficiente para entender que ela não queria me acompanhar sozinha. Assim, afirmei que poderia acolher as duas.

Entramos em uma sala ventilada, nos apresentamos e soube que elas eram irmãs. Começamos a conversar e, com uma voz embargada, a mulher que estava a minha frente trouxe seu sofrimento relacionado aos diversos contextos que envolvem a COVID-19, como: medo de ser infectada; precisar sair para trabalhar em um ambiente em que há circulação de pessoas e estas pessoas nem sempre respeitam as medidas de precaução colocadas; ter que ficar longe de sua filha e de sua outra irmã por medida de segurança. Disse que não sabia mais o que fazer, reconhecendo que precisa de ajuda.

Naquele momento, lembrei da frase que li em manual de Saúde Mental e Atenção Psicossocial na Pandemia COVID-19 – Recomendações Gerais, elaborado pela Fundação Oswaldo Cruz (FIOCRUZ), de que essas reações e sintomas são considerados “normais” em uma situação “anormal”. Conversamos sobre como estava sendo difícil passar pelo momento. Falamos de biossegurança. Das diferentes formas com que as pessoas enxergam a situação. De que não é fácil ficar longe de quem queríamos por perto. Das constantes adaptações que nos estão sendo colocadas. Dos estigmas que surgem. Pensamos em estratégias. Por vezes, surgiam o choro, por outras um sorriso expresso no olhar. Foi nessa conversa que a empatia, de fato, se fez presente. Depois de muita conversa, ofereci auriculoterapia como uma alternativa de cuidado. Ela me disse que não conhecia. Peguei o material e expliquei a ela os aspectos importantes, inclusive seu mecanismo de ação e seus benefícios. Ela aceitou a aplicação e me disse que voltaria para colocar novamente. Em seguida, eu a orientei, como necessário.

Nós nos despedimos e ao saírem do ambiente em que estávamos, recebi os agradecimentos e senti que aquela escuta tinha sido importante, para elas e para mim. Estar disponível, usar tecnologias leves, compreender o outro, na perspectiva do cuidado em saúde mental no território, nos mostra a potência do que podemos ser. Aproveito esse relato e coloco para reflexão o quanto é importante que os serviços da RAPS estejam articulados para receberem esse tipo de demanda que, provavelmente, chegará com mais frequência.

Referências

BRASIL. Ministério da Saúde; Fundação Oswaldo Cruz. Saúde mental e atenção psicossocial na pandemia COVID-19: recomendações para gestores. **Ministério da Saúde**. Brasília, 2020a.

BRASIL. Ministério da Saúde; Fundação Oswaldo Cruz. Saúde mental e atenção psicossocial na pandemia COVID-19: recomendações gerais. **Ministério da Saúde**. Brasília, 2020b.

Conto 8. O dia em que fomos visitados por um anjo

Cássia Poliana Príncipe Nunes; Brenda de Oliveira Pessoa;

Ana Catarine Guimarães Castro; Edilson Santos Brito

Entre conversas e registros diários no serviço, fomos surpreendidas por um pedido de ajuda. Após breve troca de olhares, saímos para ver o que acontecia.

Do lado de fora, nos deparamos com alguém sentado no chão do outro lado da rua. À medida que nos aproximávamos, percebemos que a pessoa estava encolhida, abraçando as pernas, encostada na parede. Seu olhar era ligeiro e inquieto, contrastando com os movimentos lentos do corpo.

Nossa chegada não pareceu representar ameaça. Cumprimentamos a distância e perguntamos se poderíamos nos aproximar; ao sinal afirmativo, seguimos mais para perto. Com a proximidade, ele falou, sorrindo, que reconhecia uma de nós. Relatou saber que tinha alguém para ajudar numa situação de uso, caso necessitasse.

Rosto com poucas expressões, olhar agitado, vago e acuado, parecendo atentar-se o tempo todo para garantir que não havia ameaças ao redor. A voz parecia presa, piorando pela sensação de garganta seca. Apesar disso, contou-nos o que havia acontecido até ali.

Em meio à concretude do relato sobre o uso, repetia constantemente que estava vendo o anjinho ali. Olhava para um espaço entre nós e chorava a cada repetição. Ficamos por ali um longo tempo, os três sentados no chão, tentando conectar as lacunas entre o anjinho, a culpa recorrente, o discurso carregado de tristeza e o fato de, sem saber precisar, ter chegado até aquele lugar.

O tempo pareceu ampliar as possibilidades de contato com o usuário. Substituímos ir embora e deixá-lo no local por uma escuta despretensiosa e cuidados simples, porém preciosos.

Água e comida para um corpo que não bebia e comia há alguns dias, devagar para não embrulhar. Suporte de usuário amigo. Banho. Acolhimento no serviço. Contato com a família. Conversa com outros profissionais e usuários. O roteiro foi se ampliando e o que parecia ser mais um dia de registros no setor, se transformou numa experiência de como um pouco de cuidado faz diferença.

*

Existe uma receita para atender alguém em crise? Como saber o melhor caminho? Será que eu vou saber como lidar com essa pessoa? Qual conduta deverei seguir? Talvez essa seja

uma boa forma de iniciar as reflexões sobre cuidado e crise, já que essas são algumas das dúvidas que (acreditamos) são comuns a todas e todos que iniciam suas experiências na Saúde Mental.

O fio condutor para resposta dessas questões, por vezes, não se apresenta de forma tão clara. Os caminhos possíveis são inúmeros, mas há algumas rotas que acreditamos merecer um olhar mais apurado nessa viagem. Cruz *et al* (2019) discutem que o bom manejo para situações de crise se resume em uma palavra: consenso. Os consensos produzidos nessas ocasiões podem se caracterizar de modo temporário, focal, efêmeros, entre outros tantos. Mas, independentemente da classificação, a sequência de consensos produzidos entre os sujeitos pode gerar acordos, confiança mútua e mudança de perspectivas.

Nesse sentido, como produzir consensos em situações de atenção à crise? De acordo com Knobloch (1998) conforme citado por Ferigato, Campos e Ballarin (2007, p. 37), o profissional que realiza o atendimento à crise deve atuar como uma ponte entre o usuário e a realidade, viabilizando o encontro do sujeito com destinos mais criativos. Assim, este deve funcionar para o usuário como “um agente que liga, que cimenta os fragmentos do sujeito” (p. 72).

Ainda segundo este autor, o suporte oferecido ao usuário exige que o profissional considere a crise como o paciente a considera, de forma que reconheça a experiência, testemunhe tal fato e o inscreva em sua história. Assim, é esperado que o profissional conceda crédito à realidade percebida pelo sujeito e ao sofrimento envolvido nele, sem necessariamente sustentar ou fortalecer o delírio.

A crise é um evento que nos convida enquanto sujeitos a romper com o mecanicismo do dia-a-dia, a estar ao lado do acolhimento (MOEBUS, 2014). Acrescentando a esse olhar, é possível e necessário compreender a função de suporte (FERIGATO; CAMPOS; BALLARIN, 2007) que o profissional deve ter nesse momento, função de sustentar o sofrimento e as possibilidade inúmeras de ser.

No episódio descrito acima, no encontro com o usuário que sofria por seu fracasso diante de tantos acontecimentos em sua vida, a função da estagiária e psicóloga foi de sustentar esse sofrimento, compreendendo os elementos distintos e ricos em significação que sua linguagem denunciava, legitimando-os. Coube a elas compreender que o sujeito, em seu grau maior de sofrimento psíquico, é produtor de vida, de significados e que, com o suporte de profissionais e serviços, pode ser guiado a uma (re)tomada do fôlego e ressignificação da vida. O acompanhamento do processo terapêutico desse usuário reforça a importância de espaços de

acolhimento e da coconstrução do cuidado em saúde mental, além de fomentar a prática e estimular novas perspectivas aos/às profissionais que lidam com essa realidade todos os dias.

Referências

CRUZ, K. D. F. *et al.* Atenção à crise em saúde mental: um desafio para a reforma psiquiátrica brasileira. **Revista NUFEN [online]**, Belém, v.11, n.2, pp.117-132, maio/ago. 2019.

FERIGATO, S. H.; CAMPOS, R. T. O.; BALLARIN, M. L. G. S. O atendimento à crise em saúde mental: ampliando os conceitos. **Revista de Psicologia da UNESP**, São Paulo, v. 6, n.1, pp. 31- 44, 6. ed. 2007.

MOEBUS, R. Crise: Um conceito constitutivo para a saúde mental. In: GOMES, M. P. C.; MERHY, E. E. (orgs). **Pesquisadores IN-MUNDO: Um estudo da produção do acesso e barreira em saúde mental**. Porto Alegre: Rede Unida, 2014, p. 43-54.

Eixo II

**O protagonismo de usuários/as e as
multiplicidades na produção do cuidado**

Conto 9. Aromaterapia na crise em saúde mental: cultivando caminhos possíveis para intervenção

Araúana A. de A. e Silva; Indiara M. Felix da Silva;

Karen S. S. Martins; Maria H. A. Carvalho; Kelly M. de A. Magalhães;

Victória L. L. de Macêdo; Rafaela Santos de Melo

O presente capítulo relata uma experiência interventiva do encontro entre a formação acadêmica e a prática territorial em saúde mental. A vivência deu-se em meio ao componente curricular “Núcleo Temático (NT) *Promoção à Saúde no Processo de Viver Humano: Atenção à Saúde Mental*⁴”, obrigatório nos currículos plenos dos cursos de graduação da Universidade Federal do Vale do São Francisco (Univasf) e articula ensino, pesquisa e extensão, tendo caráter eminentemente prático para resolução de problemáticas observadas na comunidade.

Uma das temáticas, que aqui é abordada, diz respeito ao uso da Aromaterapia como prática interventiva elegível para o cuidado em saúde mental no território. O grupo de trabalho composto por uma docente e seis discentes de graduação em Enfermagem realizou oficinas temáticas sobre as potencialidades da aromaterapia e fitoterapia no cuidado em saúde mental em um Centro de Atenção Psicossocial em Petrolina – PE. O enfoque buscou valorizar o saber popular e o acesso às plantas e óleos essenciais com propriedades fitoterápicas reconhecidas, de maneira complementar aos tratamentos tradicionais em saúde mental. As práticas prezaram o conhecimento regional, o uso seguro, racional e sustentável de plantas medicinais e fitoterápicos, conforme preconiza a Política Nacional de Plantas Medicinais e Fitoterápicos (BRASIL, 2006), que propõe a ampliação das opções terapêuticas e a melhoria da atenção à saúde aos usuários do Sistema Único de Saúde (SUS).

Partindo desta discussão, foram planejadas atividades sobre óleos essenciais (OE) e uso fitoterápico de plantas na forma de chás e banhos. Também a aplicação dos OE, feita pelas vias: **inalatória**, com difusor de ambientes e óleo essencial de capim santo⁵ diluído em água destilada, e **tópica**, por meio da aplicação por automassagem de emulsão base neutra contendo óleo essencial de gengibre⁶, nos pulsos e braços dos participantes.

Sobre os efeitos terapêuticos desses dois óleos utilizados nas atividades, Santos *et al*

⁴ Componente curricular interdisciplinar ofertado no semestre 2019.2 para os cursos de graduação em Enfermagem, Medicina, Farmácia e Psicologia, tendo docentes efetivas de Enfermagem e Psicologia no papel de orientadoras. Foram 42 alunos matriculados, dos cursos de Enfermagem e Psicologia, divididos em 07 grupos com temáticas diferenciadas, porém transversais ao campo da Saúde Mental.

⁵ *Cymbopogon citratus*

⁶ *Zingiber officinale*

(2011) trazem, como propriedades farmacológicas do capim santo, a analgesia, a sedação e o antiespasmódico, sendo comum utilizá-lo em momentos de nervosismo, ansiedade e insônia. E de acordo com SOUSA *et al* (2019), os compostos farmacológicos contidos no gengibre são responsáveis por ação antioxidante, anti-inflamatória, analgésica, antimicrobiana, hipoglicemiante, anti-helmíntica, anticancerígena, antiemética, antiobesidade e hepatoprotetora.

As atividades ocorreram com boa adesão dos/as usuários/as, familiares e cooperação da equipe. Em uma das ocasiões, a atividade transcorria naturalmente com o grupo de família e a orientação no serviço era que apenas os familiares participassem das atividades, porém uma usuária chegou ao serviço para “romper com o acordo estabelecido”. Ela relatou que, sabendo que não haveria a presença de seus familiares na reunião, sentia-se bastante ansiosa e preterida. Chorosa e visivelmente abalada pela situação, que já se repetia, a mesma foi tendo o seu quadro agravado por talvez não se sentir acolhida no local, chegando inclusive à autoagressão, quando passou a bater a própria cabeça contra um banco de concreto do serviço.

O fato naturalmente desestabilizou usuários/as e familiares, mesmo assim o grupo continuou com as atividades, porém decidiu-se naquele momento intervir utilizando a aromaterapia com massagem. Na ocasião, apenas a docente aproximou-se e interrompeu o momento de discussão, apresentando a emulsão contendo óleo essencial de gengibre. Após a anuência da usuária, foi aplicado um pequeno teste no pulso dela, que foi orientada a sentir o cheiro e o toque da preparação. Sentindo, ela permitiu que fosse aplicado também na região cervical e na sua fronte, que se apresentava bastante hiperemiada em razão dos golpes auto infligidos.

A massagem ia sendo feita e a usuária prontamente foi se acalmando: de olhos fechados, sendo orientada a respirar profundamente e sentir o aroma, no que seguia as orientações sem relutar. A ação durou cerca de 15 minutos e foi realizada em espaço aberto, também pouco confortável, é certo, mas o que se observou foi a imediata reversão do quadro de crise, quando, então, foi possível estabelecer um diálogo com a usuária, notadamente mais calma e colaborativa, tendo sido posteriormente conduzida para atendimento individual com a psicóloga do serviço.

A crise se apresenta de diversas formas e sempre é assunto conflitante, mesmo entre profissionais de serviços especializados, gerando por vezes controvérsias, medo e incertezas. A experiência demonstrou o potencial da aromaterapia com massagem como sendo um recurso possível para complementar o tratamento tradicional de manutenção, bem como para quadros de desarranjos de ordem comportamental, emocional ou de pensamento. Estudos, a exemplo

de Solomon; Adams (2015); Watt; Janca (2014); Rho *et al* (2009), indicam para a possibilidade do uso destas práticas, por seu caráter não invasivo e efeitos benéficos sobre o sistema nervoso central, sendo fundamental o desenvolvimento de novas pesquisas controladas para a construção de rotinas seguras e acessíveis.

As ações mobilizaram conceitos fundamentais: empoderamento e protagonismo dos sujeitos no cuidado, com grande potencial desmedicalizador. Colaborando para a promoção global do cuidado humano, a aromaterapia, assim como outras práticas integrativas, deve compor ainda a formação acadêmica profissional, garantindo a qualidade e diversidade no cuidado em saúde mental. A Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares (PNPIC) começa a se fazer presente, ainda de maneira tímida, nos serviços da rede de saúde, reconhecendo algumas práticas milenares e apresentando uma nova relação de cuidado, valorizando mecanismos naturais de prevenção e de recuperação da saúde e oferecendo uma abordagem ampliada do processo saúde-doença.

Referências

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Departamento de Assistência Farmacêutica. **Política nacional de plantas medicinais e fitoterápicos**. Brasília: Ministério da Saúde, 2006.

HERZ, R. S. Aromatherapy facts and fictions: a scientific analysis of olfactory effects on mood, physiology and behavior. **International Journal of Neuroscience**, v. 119, n. 2, p. 263-290, ago 2009.

RHO, KOOK-HEE et al. Effects of aromatherapy massage on anxiety and self-esteem in korean elderly women: a pilot study. **International Journal of Neuroscience**, v. 116, n. 12, p. 1447-1455, jul 2009.

SANTOS, A.G.; SALGADO, H.R.N.; CORRÊA, M.A.; CHORILLI, M.; MOREIRA, R.R.D; RODRIGUES, R.C.L.; ISAAC, P.V.L.B. Fitocosméticos. In: SOUZA, G.H.B.; MELLO, J.C.P.; LOPES, N.P. (organizadores). **Farmacognosia: coletânea científica**. Ouro Preto: UFOP, 2011. p.19-68.

SOLOMON, D.; ADAMS, J. The use of complementary and alternative medicine in adults with depressive disorders. A critical integrative review. *Journal of Affective Disorders*, v. 179, n. 1, p. 101-113, jul 2015.

SOUSA, J.P.; SARTURI, L.; ABREU, A.R.; SOUSA, T.A.; GERON, V.L.M.G. Breve Relato Sobre Os Efeitos Terapêuticos Do Gengibre (*Zingiber officinale* Roscoe). **Revista da Faculdade de Educação e Meio Ambiente - FAEMA**, Ariquemes, v. 10, n. 1, p. 44-53, jan.-jun. 2019.

WATT, G.V.; JANCA, A. Aromatherapy in nursing and mental health care. **Contemporary Nurse**, v. 30, n. 1, p. 69-75, dez 2014.

Conto 10. Afrocentricidade como recurso para o cuidado em situação de crise: reflexões de uma psicóloga preta

Jonalva Paranã de Araújo Gama

Em 2017 conheci o povo preto da comunidade quilombola Laje dos Negros, localizada na Zona Rural de Campo Formoso, norte da Bahia. Este encontro marcou e me reposicionou na vida. As experiências naquele solo foram analisadoras para compreender as repercussões da diáspora preta e do processo escravocrata nas Américas. Geograficamente afastada, sem muitos dispositivos públicos, a comunidade encontra na herança ancestral modos de caminhar, cuidando coletivamente.

Nas situações em que alguém atravessa uma crise psíquica, a família é apoiada, seja andando léguas até que a pessoa canse, seja na mobilização para alimentar, banhar, colocar para dormir. As narrativas partilhadas naquele quilombo ecoam e me fazem buscar, nas epistemologias silenciadas, os saberes para orientar o trabalho enquanto psicóloga.

Em 2019, novos encontros no CAPS I de Sobradinho/BA, em ofertas individuais e coletivas. Logo surgiram demandas de atravessar crises. Entre pessoas que tinham passado por sanatórios e cadeias públicas, duas características eram recorrentes, gênero e cor. Mulheres pretas viviam crises como repercussões do racismo, da falta de acesso, da violência doméstica, do luto pela perda de seus filhos, filhas e companheiros/as; homens pretos viviam crises como expressão das violências institucionais, da rua, do tráfico e das prisões, decorrentes principalmente da atividade no tráfico; a necropolítica acontecendo. Para onde recorrer?

Na história da RPB ficou evidenciado que o maior número de pessoas que morreram nos manicômios, incluindo hospitais de custódia e tratamento, tinham uma cor predominante. Neste sentido, quais saberes orientam o cuidado para a população preta?

Entre as buscas por referências, as memórias da formação em Lajes dos Negros me apontavam possibilidades. Encontros circulares, almoço compartilhado, contação de histórias – memória, grupos de ajuda e suporte mútuo, espiritualidade, corporeidade, práticas integrativas e complementares – que surgiram da sabedoria dos povos originários. Em um dos encontros coletivos falávamos sobre saúde mental, vulnerabilidades sociais e estratégias. Mulheres se reconhecendo e compreendendo que podiam se apoiar, homens que iam localizando um lugar de cuidado, jovens que iam percebendo a relação entre cor da pele e o sofrimento psíquico.

Ser preto dói na pele! O que ouvi em Lajes, ouvia no CAPS de Sobradinho. O que vi em Lajes, eu vi em Sobradinho: mobilização para estratégias de cuidado compartilhadas. Margarida, mulher preta periférica de Sobradinho, teve irmãos e pai assassinados em cenário de tráfico e conflito de terras. Em crise, não confiava, escutava vozes com ameaças de matar seus filhos, passava dias acordada, vigiando a casa. Alguns profissionais e usuáries/os diziam que o melhor era aumentar os medicamentos ou buscar internação. No grupo, o espaço de falar proporcionou que sua narrativa fosse compreendida. As demais usuáries ampliaram o olhar para as semelhanças e puderam pensar estratégias para apoiar Margarida e para autocuidado. Nos dias em que Margarida chegava mais agitada no serviço, era acolhida com abraços, danças, pincéis e tintas; saía sem precisar de altas doses de medicamento. Durante todo o ano de 2019 não foi encaminhada para internação, frequentava o CAPS I semanalmente, principalmente nos dias de mais sofrimento.

Bob, jovem preto, era considerado “o sequelado”, porque não vivia sem fumar sua erva. Tinha agitação, via “bichos”, escutava vozes ameaçadoras que atribuía a policiais, corria quando via uma viatura. Ia ao CAPS I para renovação das prescrições, mas não conseguia ficar. Sua mãe, então, aguardava a consulta. No passado, foi morar em Brasília para trabalhar. Em abordagem policial, foi espancado. Além de consequências na saúde mental, teve sequelas nas pernas e costelas. O uso de *cannabis* ajuda-o a aliviar as dores e a ansiedade provocada pelas vozes e “bichos”.

Em uma crise no CAPS I, Bob pôde falar da conexão que encontrava nas músicas de Irmandade Brasmorra, Edson Gomes, Bob Marley. Na semana seguinte, chegou diferente, com roupa e boné com símbolos do reggae, caixinha de som e um papel. No papel, tinha uma lista de coisas que aconteceram na crise passada e estratégias que criou para atravessar aquele sofrimento. Entre os recursos terapêuticos, ouvir as músicas que contam sua história, respirar e voltar ao CAPS contar e perguntar se fez certo.

As situações de crise, bem como o recorte racial no campo da saúde mental ainda são desafiantes para as equipes. Sobre as crises, um caminho possível é compreender que cada história comunicará as saídas para o sofrimento e que a liberdade de fazer esse atravessamento no território, com sua rede de apoio ampliada, é uma ferramenta cheia de potência. Aproximar-se das pessoas sem medo é a principal ferramenta de acesso às suas histórias; é na escuta clínica que está a possibilidade de criar as intervenções.

Sobre as questões raciais, o objetivo da Afrocentricidade diz de uma centralização nos povos africanos como via para reorientar a contação de suas histórias, localizando-os para que

seja possível “construir sua própria “agência”, para que os africanos possam desenvolver uma identidade positiva e assumir o controle de suas vidas” (PONTES, p.66, 2017).

Referências

PONTES, K. R. **Kemet, Escolas e Arcádeas: A importância da Filosofia Africana no Combate ao Racismo Epistêmico e a Lei 10639/03**. Dissertação de Mestrado, CEFET/RJ, Rio de Janeiro, p.96, 2017.

Conto 11. (Re)centralizando a partir do sagrado: expressões da saúde da mulher africana diaspórica

Ana Catarine Guimarães Castro

Bárbara de Oyá veio me perguntar: o que é crise? Não perguntou em palavras; perguntou em verbo/ação. Como de costume, ela conversava na base do não dito, dizendo e não dizendo. Já nos conhecíamos e havia um cuidado em curso, incluindo atendimento individualizado, grupo com mulheres, auriculoterapia, visita domiciliar. A queixa: uso de cigarro e preocupação.

Foram três sessões com as mesmas queixas: preocupação com o filho, com o marido e com a casa. Trazê-la para o centro de si, foi a primeira questão, e foi também para o centro que vieram suas próprias questões adoecidas, ela chorou, logo ela que se dizia forte. E quanta fortaleza o choro traz?

Fomos reconhecendo, no emaranhado de seu discurso, suas potencialidades. Disse-me que era aposentada, situação que a deixava ociosa e o dinheiro não era suficiente, mas já havia trabalhado fazendo potes de barro.

Naquele dia resgatamos o seu trabalho, os potes de barro. E foi do barro que reacendeu as memórias de Dona Bárbara. Disse-me baixinho, como se contasse um segredo: *Eu sou benzedeira*. Incentivei: *Como assim, benzedeira?*

Para chegar até a história de ser benzedeira rememorou sua infância, estórias contadas de quando ela ainda estava na barriga da mãe. Tinha irmãos gêmeos que morreram queimados, em um incêndio na casa onde moravam, quando ainda eram crianças. Ela estava na barriga da mãe quando tudo aconteceu; depois disso, a mãe “*enlouqueceu, nunca mais foi a mesma*”. Foram muitos os cuidados direcionados a essa mãe, cuidados sagrados. Dona Bárbara disse *Eu já nasci feita*, e eu perguntei: *Como é isso, de nascer feita?*

Essa foi a pergunta-estímulo para a “crise” de Dona Bárbara. Baixou a cabeça, levantou os braços em movimentos expansivos para a frente, movimentou o ambiente de forma que senti em meu corpo, como se eu entendesse e soubesse o que estava por vir. Eu me mantive sentada, observando. “Ela” levantou-se, caminhou por toda a sala, fez movimentos de saudação, reverência e autolimpeza. Cabe aqui dizer que o fato de eu ser umbandista permitiu-me reconhecer os atos sagrados.

Dei boa tarde, perguntei com quem falava e, então, respondeu: *Aqui é a preta velha!* Perguntei se estava tudo bem e se queria algo: *Vim falar da menina*. Consenti com a cabeça.

Sentou-se e começou a contar a história de Dona Bárbara e aquilo que lhe era insuportável em sua individualidade, pôde ser simbolizado e representado em palavras. Disse-me: *Vou lhe contar por que essa moça tá assim* e contou do caminho espiritual, abandonado por dona Bárbara, e de como isso a havia afetado.

Há 13 anos não “baixava” nenhuma entidade, contou a preta-velha. Dona Bárbara “voltou”, perguntando-me ofegante: *O que aconteceu?* e eu respondi: *Dona Bárbara, estou aqui, vá respirando fundo aos pouquinhos ‘pra’ gente conversar. Quer água?* Ela aceitou.

Chamei a redutora de danos, expliquei rapidamente o que havia acontecido e pedi apoio, caso precisasse. Voltei à sala e dei a água, ela bebeu e me disse: *Eu sei o que aconteceu* e conversamos sobre o que tinha acontecido, sobre os sentidos do que a preta-velha havia dito. Havia muita culpa, muita autocobrança e muito adoecimento ali.

O sentido de obrigação era explícito e dialogamos sobre isso, a demanda revelou-se: ela sentia-se obrigada a viver a vida de esposa separada – cuidadora de um ex-marido com deficiência física, abandonado pela família – e cuidar de um filho de quase 40 anos, que não conseguia gerir a própria vida e que tinha problemas com uso abusivo de álcool.

Dona Bárbara foi entendendo que havia feito escolhas como obrigações, e que o caminho da espiritualidade não precisava ser mais um deles. Compreendeu que, na verdade, havia se distanciado da espiritualidade porque havia se distanciado de si mesma, passando a viver como coadjuvante da própria vida, cuidando de pessoas que aparentemente não aceitavam seus cuidados, mas não saíam da sua tutela. Dona Bárbara foi reintegrada à sua centralidade, a partir da mediação das suas experiências com “os guias”.

Dona Bárbara saiu da sala “*saltitante, feliz da vida*” (sic) segundo a redutora de danos. Fui acolhida também pela RD, que permitiu-me refletir sobre minha conduta como futura psicóloga e dos atravessamentos que ali, simbolicamente, me acometiam.

Dona Bárbara deixou-me a difícil incumbência de entender, ou não, o que havia acontecido ali. Ela precisou “voltar e apanhar aquilo que ficou para trás” (NASCIMENTO, 2008, p. 31) para seguir. A sua ancestralidade a fez se recentralizar em si.

O que por vezes compreendemos como crise pode estar relacionado ao “descentramento ou desafricanização”, consequência psicológica das experiências dos africanos em toda a diáspora. Essa não é apenas uma experiência individualizada, mas experimentada há séculos pelo povo africano em diáspora. “O mapa mental de ser africano serviu de filtro cultural da resistência à escravidão e ao colonialismo” (NOBLES, 2009, p. 284).

“Nas estratégias de defesa, muitas vezes em transe, as mulheres quilombolas adivinhavam a aproximação e ataques de patrulhas inimigas.” (GROOT *apud* CARNEIRO,

2006, p. 30). Essas estratégias de enfrentamento são expressões da saúde da mulher preta africana diáspórica.

Referências

NASCIMENTO, E. L. Sankofa: significado e intenções. In: NASCIMENTO, E. L. (org). **A matriz africana do mundo**. São Paulo: Selo Negro, 2008.

NOBLES, W. W. Sakhu Sheti: retomando e reappropriando um foco psicológico afrocentrado. In: NASCIMENTO, E. L. (org.). **Afrocentricidade: uma abordagem epistemológica inovadora**. São Paulo: Selo Negro, 2009.

CARNEIRO, F. Nossos passos vêm de longe. In: WERNECK, J., MENDONÇA, M., WHITE, E. C. **O livro da saúde das mulheres negras: nossos passos vêm de longe**. Rio de Janeiro: Pallas, Criola, 2006.

Conto 12. **Arte como possibilidade de cuidado e produção de vida**

Gabriela da Silva Barros

Karoline Barros Conceição

Narrar práticas de cuidado de pessoas em situação de crise, neste caso, de pessoas que fazem uso de substâncias psicoativas (SPAs) exige considerar que seu uso pela humanidade sempre existiu para os mais diversos meios e fins e que nós, enquanto trabalhadoras de saúde, não podemos ter práticas alicerçadas no moralismo.

Quando escrevemos sobre atenção à pessoa em situação de crise, estamos falando de disponibilidade para os encontros. Os encontros que fazem sentir, pensar e, conseqüentemente, construir nossas práticas. Nessa perspectiva, aqueles que acontecem com os usuários e usuárias que frequentam os serviços da RAPS vão produzindo sentidos e nos apontando que existem caminhos possíveis para aquelas e aqueles que defendem os diversos modos de existir.

Nesse conto iremos trazer um desses encontros. O nosso encontro com um usuário de um CAPS AD III, que aqui chamaremos de Capoeira.

Capoeira está no serviço desde 2011 e continua até o momento da escrita desse conto. Durante alguns anos teve sua capacidade criativa contida pelo efeito de muitos medicamentos e o uso destes dificilmente era colocado para a discussão com o usuário no seu acompanhamento, sendo o uso de SPA a questão frequentemente abordada nos atendimentos, algo que demarca por vezes a dificuldade de ampliar o olhar e as possibilidades de cuidado do serviço.

Onofre, Prado e Silva (2016, p. 230) trazem que para trabalhar com pessoas que fazem uso de SPA é necessário inverter alguns termos: “a abstinência precisa ser colocada ao lado de quem trata, abster-se de nossos ideais, do nosso desejo de cura, abster-se de indicar qual é a melhor saída para o sujeito.” Caso contrário, o usuário perde o seu lugar de fala, seu protagonismo na condução do seu processo de cuidado.

Há alguns meses o usuário comunicou à equipe que não tomaria alguns medicamentos prescritos, pois estava se sentindo paralisado. Este momento demarcou o início da retomada de seus movimentos corporais e existenciais. Aos poucos seus passos lentos e sua voz embargada foi dando lugar a novas possibilidades de cuidado, como a música e o violão. Poder pensar novos modos de produzir cuidado dentro dos CAPS amplia a oferta de cuidado, aproxima os/as usuários/as do protagonismo da condução de sua vida e dos seus processos de produção de saúde e felicidade.

Após algum tempo, fomos percebendo que Capoeira vinha triste, demonstrava estar mais irritado com os outros usuários e se mantendo mais distante. Nós nos preocupamos com alguns relatos nos grupos terapêuticos sobre como algumas vozes que ele escutava vinham lhe causando sofrimento. Em uma tarde, conversamos um pouco sobre isso e a relação com alguns acontecimentos do passado, relações familiares conflituosas que o mobilizam até hoje. Além disso, Capoeira tinha o pensamento frequente de que todas as pessoas próximas conseguiam saber o que ele estava pensando, o que causava um sofrimento intenso e muita dificuldade em buscar atendimentos.

Nesse dia, perguntamos quais estratégias estavam sendo possíveis construir para conseguir se cuidar em momentos mais difíceis. Ele nos aponta a música e o violão como possibilidades de produzir cuidado e nos conta sobre uma música da banda Natiruts que ele cantava e tocava quando estava em sofrimento. Colocamos a música no celular e ele cantou um pouco.

Em outra tarde, o usuário entra na sala e pede seus medicamentos para poder ir para casa. Relatava que estava com a cabeça cheia e angustiado. Pedimos para conversar por alguns instantes e percebemos o quanto Capoeira estava em sofrimento naquele momento.

Após alguns minutos de atendimento, recorremos a música para mediar aquela situação. Aquela que ele havia nos contado que o ajudava nesses momentos. Ao ouvir a música tocar no celular, Capoeira pega o violão e em alguns instantes ele já tocava sua música preferida: *“Não chore meu amor tudo vai melhorar. Não fique tão aflita se algo desandou. Vamos pedir proteção à mãe natureza. Para que o brilho do amor possa em nossa vida chegar”*. Conversamos mais um pouco e pactuamos encontros frequentes para conseguir construir estratégias para lidar com as dificuldades que provocavam angústias e mobilizações.

Produção de cuidado e Arte para Capoeira são duas coisas que caminham lado a lado. Desse modo, incorporar a música em seu projeto terapêutico singular (PTS) é sem dúvida uma aposta muito potente para ele. Isso produz práticas de cuidado emancipatórias, com sentido e promotoras de vida. Fica marcada na condução do caso de Capoeira a importância da Redução de Danos como primordial para a criação de estratégias que possibilitem ao usuário conduzir seus planos de vida a partir dos seus desejos e suas potencialidades.

Nós, trabalhadoras da RAPS, também aprendemos com Capoeira como se dança na vida, aprendemos, com uma de suas “mandingas”, que tristeza se cura com alegria, arte e com a esperança de que a vida vai melhorar. *“A vida tá aí e não se deixe levar, pois a sua bagagem você vai carregar [...] Vida, às vezes tão bonita e tão esquisita”* (Trecho de umas das composições de Capoeira).

Referência

ONOFRE, E.; PRADO, J.; SILVA, M. A construção de um trabalho intersetorial. In: SOUZA, A.C. et al (org). **Entre Pedras e fissuras** - a construção da Atenção Psicossocial de usuários de drogas no Brasil. São Paulo: Hucitec, p. 216 - 232, 2016.

Eixo III

A produção do cuidado nos lugares de vida

Conto 13. Sujeitos da crise e sujeitos em crise: dualidade inconsistente em tempo de fragilização da vida

Marcelo Souza Oliveira

Na tentativa de libertação das amarras da escrita acadêmica, o presente texto aposta em uma linguagem leve, aberta e pessoal. Tento aproximar as discussões sobre crise e território dos efeitos subjetivos do neoliberalismo na atualidade, a partir de uma experiência como *profissional-estudante* – residente em saúde da família. Atuação que se deu em um município localizado no sertão do Vale do São Francisco, nos anos de 2018 e 2019, em uma USF. O serviço é referência para uma comunidade situada em uma região periférica da cidade, com uma população em torno de nove mil pessoas.

O texto está dividido em três momentos. No primeiro, esclareço alguns pontos, essenciais, sobre o fenômeno do neoliberalismo na atualidade. No segundo momento é disorro sobre a experiência como um ato de abertura fenomenológica e, em seguida, apresento reflexões a respeito do processo de cuidado a situações de crise no território sob uma outra perspectiva.

Neoliberalismo e sua apropriação do ser

Enquanto fenômeno histórico, ideológico e político, o neoliberalismo tem seus primórdios na década de 1940 e, já nos anos de 1970, há seu ordenamento com as ideias de apagamento do Estado (HARVEY, 2013). No início do século, atual Pierre Dardot e Christian Laval analisam o neoliberalismo como “*um sistema normativo que ampliou sua influência no mundo inteiro, estendendo a lógica do capital a todas as relações sociais e a todas as esferas da vida*” (DARDOT e LAVAL, p. 07). Logo, suas implicações passam a se dar em um nível existencial, transformando não apenas a forma de viver, mas também de sofrer.

Assim a lógica neoliberal assegura a produção de condições de sofrimento que se tornam “patologias normais” ou normalopatias (DUNKER, 2016). As normalopatias⁷ passam despercebidas enquanto categorias clínicas, não apenas por sua alta prevalência, mas (e) principalmente por sua manifestação sintomática, produtiva para o capital. Podemos então, interpretar até aqui, o adoecimento do sujeito na atualidade como um sintoma estrutural do neoliberalismo, um fenômeno coletivo, que pode ser singularizado, porém não individualizado.

A experiência como fenômeno de abertura

A maioria de nós compreende vivência prática e experiência como sinônimos. Porém, ao fazer uma análise fenomenológica mais profunda, é possível perceber “prática” e “experiência” como fenômenos distintos⁸. A prática pode ser uma atuação – no sentido mesmo de representar um papel – sem implicação, sem exposição. Ao passo que a experiência implica abertura, exposição para ser transformado.

Ao tomar como válida essa assertiva e, compreendê-la no contexto do processo de cuidado na RAPS, supõe-se o fato de que alguns profissionais de saúde *podem passar pela*

⁷ Para uma reflexão mais ampla sugere-se a leitura de *Patologias do social: Arqueologias do sofrimento psíquico* (DUNKER, JÚNIOR e SAFATLE, 2018).

⁸ Leitura especial e transformadora do artigo de Jorge Larrosa Bondía, sobre sujeito da experiência: “Notas sobre a experiência e o saber de experiência”.

prática, mas não pela experiência; desse modo, há o abortamento do processo de cuidado do outro e de si mesmo. Essa suposta neutralidade e distanciamento são construídos e valorizados por uma formação pautada pela racionalidade técnica neoliberal. É possível, contudo, transpor a lógica vertical e individualizada com que aprendemos a interpretar os sofrimentos mentais e as pessoas.

Mergulho na crise e no afeto

Quando ampliamos a compreensão do conceito de crise, em um sentido crítico e social, podemos entender a experiência de cuidado no território como uma experiência de crise⁹. Uma experiência de ação e decisão constantes que, impreterivelmente, nos coloca *frente a frente* com nossas próprias crises. Um mergulho *dentro e fora* de nós. Na comunidade, durante um ano, foi possível perceber e viver a proximidade, a troca coletiva de *afetos* entre equipe de saúde e comunidade – afetos aqui entendidos em sua acepção política, como elementos mobilizadores do agir.

É possível fazer, então, a (re)aproximação entre afetos e crise e a desconstrução da racionalidade técnica neoliberal. Pontuamos dois pontos elementares: (a) *os afetos são arrebatadores* – e como um rio, mesmo que se coloque uma barreira, algo dali irá vazar; (b) *a crise não se importa com a racionalidade clínica ou diagnóstica* – a postura clínica tradicional, racionalista e fechada, pouco ou quase nada suporta a desorganização vibrante da crise e dos afetos.

Durante a experiência de mergulho no território, foi possível o questionamento de “certezas clínicas” a partir da complexidade das vidas que se apresentavam. Um exemplo foi uma mulher, de meia idade, que acompanhei durante um ano. Podemos chamá-la aqui de “Rosa”. Relatava alucinações auditivas, heteroagressividade, auto agressividade, entre outros sinais que indicariam facilmente um diagnóstico de psicose. Diagnóstico inclusive feito por um profissional de psiquiatria. Apesar disso, Rosa pouco se importava com suas alucinações. Demonstrava uma capacidade cognitiva acima do normal, pensamento e raciocínio lógico perfeitos. O que incomodava Rosa, de fato, era seu sofrimento e situação de crises semanais. E essa foi a grande virada no processo de cuidado ofertado. Após suspender minhas próprias crenças e mergulhar na própria crise, compreendi que era necessário enxergar nossas contradições para evoluir como profissional e como pessoa. Foi realizado um acompanhamento conjunto com o médico da USF, onde as crises de Rosa não foram mais “contidas”, mas sim “acolhidas”. Em nenhum momento foi realizado encaminhamentos para rede de urgência e emergência, apenas nos finais de semana e feriados, período em que o serviço não estava funcionando. Com o tempo, a frequência das diferentes configurações de crises apresentadas por Rosa foram diminuindo, junto com a intensidade do seu sofrimento.

Sujeitos da crise e sujeitos em crise

A formação nos cursos de saúde parte de uma racionalidade médica neurótica que induz o profissional a negar sua imersão na crise. Imerso numa ordem discursiva que induz à competição, culpabilização individual, distanciamento e, à suposta neutralidade médica, o

⁹ A etimologia da palavra “crise” tem sua derivação do grego *krísis* “ação ou faculdade de distinguir, decisão”, por extensão: “momento decisivo, difícil”. Derivação do verbo grego *krínō*: “separar, decidir, julgar”. No latim, ocorre a acepção “momento decisivo na doença” [Dicionário Houaiss].

profissional de saúde se percebe enquanto *sujeito da crise*, mas não como sujeito *em crise*.

Paradoxalmente, a negação da condição de crise produz sua cronificação. Vou exemplificar com uma situação que se tornou comum dentro da USF: pessoas da comunidade que, por diferentes e compreensíveis motivos, tinham comportamentos de agitação psicomotora e heteroagressividade em relação a um ou mais profissionais da equipe. Tais situações produziam medo e ansiedade constantes nos profissionais. Apesar disso, não se discutia nas reuniões de equipe ou com a própria comunidade esses acontecimentos, não sendo elaborados ou compreendidos como questões coletivas e urgentes, eram negadas e/ou personificadas em uma figura.

Ressalto então que formados para ser e agir como *sujeitos da crise*, ao negar a situação social e existencial de vulnerabilidade – própria do contexto neoliberal – nós, profissionais de saúde, cronificamos a condição de *sujeitos em crise*, pois, impedimos o descarrilamento da própria loucura.

Considerações finais

A abertura à crise é abertura a si mesmo. Escutei em um seminário, de uma usuária de um serviço da RAPS, com sua fala direcionada para profissionais de saúde: “*não adianta mil capacitações sobre crise, se vocês não conseguirem se colocar no nosso lugar*”. Esse lugar, a qual se referiu, penso ser não apenas o lugar do “louco”, mas também um lugar de vulnerabilidade. Na dialética da *crise do outro* e da *minha crise*, a negação do segundo implica a inacessibilidade do primeiro. Dito de outro modo, a não abertura para o fenômeno da minha vulnerabilidade impossibilita a compreensão da vulnerabilidade do outro.

Referências

- BONDIA, J. L. Notas sobre a experiência e o saber de experiência. **Rev. Bras. Educ.** [online]. 2002, n.19 [cited 2020-04-30], pp.20-28.
- DUNKER, C. I. L. **O neoliberalismo e seus normalopatas**. [S.l: s.n.], 2016.
- HARVEY, D. O neoliberalismo: história e implicações. 4. ed. São Paulo: Loyola, 2013.
- HOUAISS, A. **Dicionário Houaiss da língua portuguesa**. 1. ed. Rio de Janeiro: Editora Objetiva, 2009.
- DARDOT, P.; LAVAL, C. **A nova razão do mundo: ensaio sobre a sociedade neoliberal**. São Paulo: Editora Boitempo, 2016. 402p.p.

Conto 14. “Aqui não é lugar para atender você”– O CRAS como possível articulador da RAPS

Misael Carlos do Nascimento Neto;

João Ricard Pereira da Silva

É possível pensar o SUAS como uma política capaz de promover saúde mental? A prática cotidiana dos serviços e os próprios cadernos de orientação do SUS e SUAS tem nos ensinado a separar os locais de execução das políticas a partir de seus públicos ditos prioritários. Nesse modo de pensar, a saúde mental não caberia nos dispositivos da Assistência Social, cabendo apenas ao CAPS acolher os usuários em sofrimento mental.

Entretanto, as demandas comumente endereçadas aos órgãos de saúde mental quase sempre extrapolam os limites de suas atuações. Temos ainda insistido na assistência aos direitos fundamentais pelo viés da fragmentação, como se nessa cisão o sujeito fosse acolhido.

Temos percebido que tudo começa a partir de onde estamos atuando: da população ou de dentro dos nossos dispositivos. Quando tomamos a população como ponto de partida, teremos uma atuação que tem base territorial. Nesse sentido, ela será o ponto principal da nossa intervenção. Todos os serviços deveriam se adequar às necessidades da população assistida, buscando a melhor forma de acolhê-la, atuando inclusive para além das paredes institucionais dos serviços que ‘supostamente’ prestamos.

Entretanto, na prática, temos tomado os nossos dispositivos como ponto de partida. Ou seja, em vez de nos adequarmos ao que a população nos demanda, é ela quem precisa se adequar à nossa lógica institucional, aos nossos formatos enrijecidos pela institucionalização. Dessa forma, se ela quiser ser atendida por nós, profissionais detentores do ‘suposto saber’ (MANNONI, 2004), precisa tomar o formato dado pelos nossos horários, disponibilidade e, tantas vezes, pelo nosso desejo de querer ou não atender.

Relato do Caso

Certo dia, chegou no CRAS uma usuária chamada LFS, 28 anos. Ela se queixava de uma depressão pós-parto há 4 anos. Na ocasião, estava gestante de gêmeos e, posteriormente, teve o parto prematuro e os filhos passaram dois meses na incubadora, o que ocasionou uma depressão. Foi encaminhada para o hospital psiquiátrico para medicar-se, mas não ficou internada. Após esse período, voltou para casa.

Recentemente descobriu-se grávida, entretanto, não quis prosseguir com a gestação, dizendo inclusive que se for para ter o bebê, ela se mataria antes dos 9 meses. Nesse momento, me senti deslocado. O que fazer? Como intervir? A quem recorrer?

O atendimento foi conduzido por mim, psicólogo e uma assistente social. Questionamos sobre a ideação suicida e como estava sendo para ela passar por essa experiência. Trabalhamos (ou pelo menos tentamos) duas possibilidades: prolongamento ou interrupção da gravidez. Ela sustenta que não quer levar a gestação a diante.

A Assistente Social sugeriu a ida ao hospital com vistas a tomar um soro e a mesma aceitou a sugestão. Entramos eu, a usuária e a sua irmã na sala do médico. Ainda em lágrimas, ela disse: *Eu estou grávida, mas eu não quero ter esse bebê.*

O médico pediu que se acalmasse e que deveria pensar que ali era uma vida que estava sendo gerada e que ela precisava ser forte. O médico disse também que ali não era local para atendê-la, que não iria passar nenhum medicamento, pois ela estava grávida e aborto é crime, sendo a única coisa a se fazer, realizar o encaminhamento a um profissional da psicologia.

Expliquei que ela estava sem se alimentar desde o dia anterior e, por isso, a necessidade do soro. O médico compreendeu e fez a solicitação de procedimento. Assim que elas saíram, expliquei o caso ao médico e, então, ele me disse que ali não tinha estrutura para recebê-la, talvez um hospital psiquiátrico, quem sabe? Liguei para a coordenadora do CAPS, comentando brevemente do caso. Prontamente, ela marcou um atendimento psiquiátrico para a mesma semana.

A usuária foi ao CAPS e fui acompanhando-a. A equipe do CAPS foi muito atenciosa, acolhendo-a, desde a triagem da enfermeira até o atendimento médico. Continuei com atendimentos mensais até o quarto mês de gestação, inclusive uma visita na própria casa dela. Ela teve uma boa adesão ao tratamento proposto pelo CAPS, de modo que, após o quarto mês, encerrei o acompanhamento pelo CRAS, mantendo o contato com a família via telefone. Meses depois recebi a notícia que o bebê nasceu e que se encontrava bem acolhido na família, inclusive pela própria genitora.

Desse modo, o CRAS pôde contribuir para a articulação de rede em prol do cuidado em liberdade, de forma que possa garantir um melhor atendimento à população. Cabe a cada instituição/unidade ressignificar as suas particularidades, incluindo e reconhecendo a importância do trabalho multidisciplinar, investindo em trabalhos que se aproximem e se integrem. Afinal, o resultado de um bom trabalho psicossocial deve priorizar única e exclusivamente o bem-estar das pessoas e das suas relações comunitárias.

Referência

MANNONI, M. **A primeira entrevista em psicanálise: um clássico da psicanálise**. Rio de Janeiro: Elsevier, 2004.

Conto 15. Atenção às situações de crise no território: o encontro como estratégia de cuidado

Lorena Silva Marques

Victor Reis Santos

Correria, atenção, lágrimas, sofrimento. Vidas passeiam diariamente pelo CAPS, lugar em que os encontros entre usuárias/os, profissionais e cuidadoras/es permitem a elaboração do cuidado. Dentre as situações que se destacam está a atenção à situação de crise. Tão mobilizadora, a atenção à crise reúne diversos esforços para que aquele momento de agudização possa ser elaborado de forma menos prejudicial socialmente e subjetivamente.

Entretanto, há muitos séculos ela permeia o imaginário social, sintetizando ali a expressão da loucura. Historicamente, as instituições totais foram os locais em que a crise era aprisionada, calada. Reconhecer o movimento, a voz, a liberdade enquanto direito e estratégia de cuidado foi resultado de longas batalhas durante a Reforma Psiquiátrica brasileira. Rompendo com as paredes institucionalizadoras, o CAPS surge para permitir a construção da reabilitação psicossocial. Entretanto, ainda encontramos grandes desafios, a reforma continua e a atenção às situações de crise no território é uma questão estruturante desse processo.

Para reflexão desse momento, trouxemos a história de Ana. Pessoa habilidosa, com conhecimentos sobre arte e desenvoltura para falar sobre o que experiencia no dia a dia. Dentre tantas idas e vindas em sua vida, há um fenômeno que a marca de forma expressiva: o sofrimento em saúde mental. Caminhante (por vezes forçada), esteve em instituições manicomiais e em serviços substitutivos, por vezes atravessados por desejos de manicômio. Neste relato, falamos sobre o encontro com ela durante nossa passagem em um CAPS II no sertão nordestino.

Chegamos ali em meados do segundo semestre. O serviço passava por mudanças e se intensificava entre a equipe discussões sobre os processos de trabalho. Mediante a superlotação do serviço e a intensidade dos acontecimentos no turno da manhã, a equipe se dividia entre as diferentes demandas programadas e as que surgiam, constantemente marcadas pela necessidade de atenção às situações de crise.

Em uma dessas manhãs, Ana demandou atenção em relação a uma situação mobilizadora, que se marcava pela apresentação de tremores e a paralisia em todo o corpo. Veio à memória o relato de Ana sobre uma situação semelhante, em que técnicas de respiração haviam colaborado para o seu cuidado, sendo estas utilizadas em diálogo com a usuária.

Jardim e Dimenstein (2007) ao falarem sobre acolhimento e ética do cuidado no

contexto de situações de crise, apontam a necessidade da invenção de técnicas de comunicação que levem em conta o sujeito em questão, de modo a oferecer “um solo seguro para que elas pisem” (p. 185), possibilitando a construção de um trabalho em conjunto. A partir do acontecimento, foi possível o diálogo com Ana sobre um cenário disparador e sentidos produzidos por ela, buscando-se complexificar o olhar sobre o contexto global em que se deu a situação (DELL’ACQUA; MEZZINA, 2004).

A recorrência de episódios semelhantes nos dias subsequentes, em que também se deram relatos de ideação suicida e autoagressão, mobilizaram esforços de diferentes atores da equipe. A usuária convocava o serviço a agir!

A princípio, o que já foi uma relação conturbada, por intervenções pouco assertivas, precisou se reinventar, estabelecendo-se novas maneiras de mediar a situação. Estratégia universal, o diálogo aberto foi necessário para fortalecer o vínculo e adquirir a confiança de que nada seria feito sem seu consentimento.

Em muitos momentos, uma grande potência para o processo de cuidado de Ana foi o vínculo construído com a recepcionista do serviço. Em uma outra situação, a aproximação de uma outra usuária e o diálogo estabelecido entre elas se apresentou enquanto uma possibilidade de cuidado. Situação que reafirma a importância das trocas entre usuárias e usuários do serviço, que recorrentemente se mostrava como uma das mais potentes ferramentas de cuidado.

Para nós, isso reflete o que a prática nos apresentou como uma das questões centrais para a construção da oferta de cuidado no serviço. A estigmatização de usuários da RAPS afeta diretamente suas relações, sendo o fortalecimento delas um passo essencial no processo de reabilitação psicossocial. O estabelecimento de laços que potencializassem redes de apoio e produção de vida para além dos muros do serviço se mostrou como um dos imperativos no processo de cuidado de Ana.

A tessitura de costuras como essa só é possível a partir da disponibilidade para o encontro com a história do sujeito e o contexto e território em que ela se desdobra. Compreendemos, portanto, que o processo de atenção às situações de crise é perpassado por uma ética do cuidado, que permita a reinvenção da leitura sobre a loucura, possibilitando "o agenciamento de solos mais potentes" (p.183) para a produção incessante de vida (JARDIM, DIMENSTEIN, 2007).

Referências

DELL’ACQUA, G.; MEZZINA, R. Resposta à crise: estratégia e intencionalidade da intervenção no serviço psiquiátrico territorial. In: Amarante, P. (Org.). **Archivos de saúde**

mental e atenção psicossocial 2. Rio de Janeiro: Nau, 2004, p. 161-194.

JARDIM, K; DIMENSTEIN, M. **Risco e Crise: pensando os pilares da urgência psiquiátrica.** Psicologia em Revista, v. 13, n. 1, p. 169-190, jun. 2007.

Conto 16. Conhecendo o mundo da rua: caminhos possíveis na territorialização do cuidado

Lorena Silva Marques

O constante estar no território e por ele se movimentar, cartografando a cidade, de acordo com as movências da População em Situação de Rua (PSR), demarcam a rotina do Consultório na Rua (CnaR). A praça, o estacionamento, a feira, desterritorializados dos sentidos que lhes são comumente atribuídos, ganham outros significados, sendo solo para o desdobramento das mais diversas histórias de vida. Ao nos movimentarmos entre esses espaços, disponibilizávamo-nos ao encontro com elas no seu próprio desenrolar.

Histórias que permitem o reconhecimento da diversidade de circuitos que compõem a trajetória de pessoas em situação de rua e de fatores que antecedem a situação-limite de utilização desse espaço enquanto mecanismo de vivência e sobrevivência (FRANGELLA, 2004). Brognoli (1996) aponta os processos que atravessam a ida à rua como uma “deriva marginal”, indicando a sobredeterminação de fatores de difícil apreensão que perpassa essa trajetória.

Entre essas histórias, conheci a de Luís durante a minha passagem pelo CnaR, na realização de um dos estágios da Residência Multiprofissional em Saúde Mental da UNIVASF, sendo ele também um dos colaboradores para o meu trabalho de conclusão da residência.

Luís está em situação de rua há mais de quatro anos, percurso margeado por perdas familiares consecutivas, internações de longa permanência em comunidades terapêuticas – uma delas durante cinco anos – e o uso de múltiplas substâncias psicoativas, iniciado na infância. Atualmente, trabalha como flanelinha, passando grande parte dos dias no seu “ponto”, localizado em meio as ruas do centro de uma cidade no semiárido nordestino.

Entre as demandas trazidas pelo usuário na minha primeira passagem pelo CnaR, se evidenciou a intensificação do seu sofrimento psíquico, demarcado pelo aumento do uso de substâncias para lidar com a ideação suicida e alucinações. Mediante isso, as idas ao encontro do usuário pela equipe se tornaram ainda mais frequentes. A partir delas, eram disponibilizados espaços de fala para Luís, que possibilitavam a produção de sentidos pelo usuário, bem como se desdobravam em pactuações e articulações na rede.

Meses depois, no segundo momento do meu estágio no CnaR e fase de colheita de dados para o trabalho de conclusão da residência, Luís me apontava a importância desse processo. Falou sobre a construção de estratégias de Redução de Danos (RD) que conseguiu

articular no diálogo com a equipe do CnaR, contando sobre a diminuição do uso de crack a partir da substituição por substâncias que considerava menos nocivas. Essas estratégias diziam respeito a movimentos de vida, como o investimento no aluguel de uma casa com outras pessoas em situação de rua e perspectivas em relação ao futuro.

Jardim e Dimenstein (2007) demarcam a intensa fragilidade subjetiva que caracteriza o momento de crise, abordando a possibilidade de construção de novos territórios existenciais que dela se desdobram, desterritorializações que possibilitam novos modos de ser sujeito. Nesse sentido, elas abordam como uma prática profissional libertária, que localize o contexto e a história da pessoa que sofre, podendo auxiliar nesse processo.

As autoras apontam, assim, como o acolhimento dialogado, em que se abre espaço para o reconhecimento das necessidades do sujeito, articulando alternativas para satisfazê-las, pode compor uma “ética-cuidado num momento de crise” (JARDIM; DIMENSTEIN, 2007, p.184). Possibilidade que permite o estabelecimento de vínculos, oportunizando a construção de um cuidado compartilhado.

Ferramenta que caminha em sintonia com a proposição da RD de olhar para as singularidades dos sujeitos, valorizando o protagonismo de atores sociais por meio da promoção de autonomia e emancipação de indivíduos e grupos (GOMES; VECCHIA, 2018). Dessa forma, possibilita a construção de processos de cuidado de modo dialógico e territorial, como o que Luís evidenciou em seu discurso.

Construção que, segundo o seu relato, só foi possível a partir da presença da equipe no espaço em que sua vida se desdobra. Discurso que reafirma a necessidade de se estar no território para a construção de encontros que possibilitem processos de individualização, propiciando a criação de estratégias de cuidado que produzam novos sentidos para os indivíduos. Esse modo de atuação extrapola o contexto físico, permitindo a compreensão dos valores sociais, econômicos, políticos e culturais que atravessam os diferentes territórios existenciais (LIMA; YASUI, 2014).

A partir do experienciado junto à história de Luís e às de outras pessoas em situação de rua percebe-se a potência de serviços que se propõem a funcionar em diálogo com o território, segundo uma ética em que a expansão das possibilidades de existir esteja acima de valores moralistas. Reafirma-se, nesse sentido, a possibilidade de atenção às situações de crise no território, a partir do fortalecimento de uma Atenção Psicossocial em que as portas abertas signifiquem disponibilidade das equipes para a atuação além dos muros dos serviços.

Referências

- BROGNOLI, F. F. **Trecheiros e pardais: estudo etnográfico de nômades urbanos**. Mestrado, Curso de Pós-Graduação em Antropologia Social da Universidade Federal de Santa Catarina, 1996.
- FRANGELLA, S. M. **Corpos urbanos errantes: Uma etnografia da corporalidade de moradores de rua em São Paulo**. Tese (Doutorado em Ciências Sociais) - Departamento de Antropologia do Instituto de Filosofia e Ciências Humanas da Universidade Estadual de Campinas, Campinas, 2004.
- GOMES, T. B.; VECCHIA, M. D. Estratégias de redução de danos no uso prejudicial de álcool e outras drogas: revisão de literatura. **Ciênc. saúde coletiva** [online], v. 23, n.7, p.2327-2338, 2018.
- JARDIM, K; DIMENSTEIN, M. Risco e Crise: pensando os pilares da urgência psiquiátrica. **Psicologia em Revista**, v. 13, n. 1, p. 169-190, jun. 2007.
- LIMA, E. M. F. D. A.; YASUI, S. Territórios e sentidos: espaço, cultura, subjetividade e cuidado na atenção psicossocial. **Saúde em debate**, v. 38, p.593-606, 2014.

Conto 17. Sobre ser gente e bicho: a transformação que pode florescer do encontro

Luciene Nunes Batista;

Barbara E. B. Cabral

Pensar é humano. Amar é bicho.

É por isso que eu prefiro

Pensar com o corpo

E rebolar com o cérebro.

(Jadiel Lima)

Nós, autoras deste texto, nos conhecemos sob um dos arcos da ponte, na cidade de Juazeiro-BA, em local que tem sido destinado a encontros festivos de resistência, marcados por manifestações artísticas. Era 2016 e ocorria a comemoração do 18 de maio, Dia Nacional da Luta Antimanicomial. Fomos apresentadas por Priscila, uma residente de Saúde Mental da Univasf¹⁰, que, no CAPS 2 João Martins de Souza, vinha apoiando o projeto de cuidado da primeira autora – Luciene, recém-saída de uma internação na Clínica Psiquiátrica Nossa Senhora de Fátima, conhecida como Sanatório. Ambos os dispositivos são localizados no município de Juazeiro-BA. De 2004 a 2016, foram várias internações antes de saber da existência do CAPS, o que aconteceu pela mediação de uma assistente social do sanatório. O CAPS foi inaugurado na cidade em 2003.

Desde 2016 e até o momento de escrita deste texto, em 2020, não houve novas internações. Porém, é certo que crises continuaram acontecendo, sendo contornadas no próprio território, com participação fundamental da equipe do CAPS e da família de Luciene, em especial sua mãe, que decidiu que não mais a internaria.

Voltamos a nos encontrar neste mesmo serviço, em função de atividades práticas de uma Disciplina do Curso de Psicologia da Univasf (Saúde Mental I), pela qual a segunda autora – Barbara – é responsável. Desde que nos conhecemos, tivemos um querer bem mútuo e fizemos algumas parcerias para atividades de ensino voltadas ao campo da Atenção Psicossocial, principalmente dividindo o espaço da sala de aula algumas vezes, no *campus* da da universidade em Petrolina-PE. Luciene era convidada a contar de sua experiência e surpreendia a turma, encantando com sua sabedoria no uso das palavras, e Barbara virava coadjuvante, renovando sua eterna condição de aprendiz.

¹⁰ Universidade Federal do Vale do São Francisco/Univasf, com campos espalhados no semiárido dos Estados na Bahia, Pernambuco e Piauí.

Após esses encontros, no caminho para a barquinha, que pegaria para voltar a sua casa, conversávamos sobre a experiência e Luciene sempre destacava a grande alegria que lhe tomava por poder ocupar esse espaço. Barbara lhe dizia de sua convicção, que sempre se reafirmava nesses encontros, de que não poderia haver melhor professora para indicar modos interessantes de cuidado em Saúde Mental do que alguém que tinha essa demanda como uma forte marca da vida. Algo relativamente simples, porém, ainda, tão difícil de colocar em prática: os/as usuários/as de serviços substitutivos devem ser valorizados/as na narrativa de suas experiências, devendo ser tomados/as como guia ou bússola para a construção dos caminhos de cuidado.

A partir da experiência de ser convidada para falar de seus percursos de cuidado na universidade, para estudantes, Luciene reconhecia a importância desse espaço para uma formação profissional marcada pela capacidade de escuta, de compreender como a pessoa que sofre se sente, o que se passa no seu coração. Costumava sair na dúvida sobre ter falado de modo certo ou errado, mas apostava que quem pôde mesmo escutá-la, saberia trabalhar bem. Sempre destacava como se sentia uma pessoa mais feliz com esses encontros.

Desde que nos conhecemos, a ponte entre nós se construiu pelo reconhecimento de nossa condição de ser gente – e não pelo fato de uma ser professora, branca, dita douda, e a outra, usuária do CAPS, negra, dita louca. Em nossos encontros, reconhecemos a loucura e sabedoria, uma na outra. Loucura e sabedoria, em suas várias facetas, percebidas a partir da abertura de um diálogo verdadeiro, em que há escuta mútua. Tratamo-nos como gente, pessoas que se (re)conheceram, se respeitaram e, pela conquista da confiança, podiam inclusive brincar entre si. Não raras vezes, Barbara foi chamada de louca por Luciene, inclusive em sala, e os vários sentidos da expressão se mostravam. Sabíamos disso e ríamos. Compartilhávamos uma compreensão da riqueza e da pluralidade da loucura, mas sabíamos da dureza de enfrentar tudo que ela já tinha enfrentado na vida por ser tida como louca, no sentido mais comum da expressão, marcado por um não saber de si e pela redução a um transtorno mental. Luciene sabe e se apropria de sua experiência de intenso sofrimento psíquico.

A proposta de mais essa parceria, dessa vez na escrita, surgiu pela lembrança de Barbara do compartilhamento de um desejo de Luciene em um dos nossos papos: aprender a ler e escrever. Uma vez contou, em sala, que pagava com guloseimas uma criança de sua rua, que lhe dava algumas aulas. O aprendizado da leitura ainda não foi possível, porém ficamos imaginando que seria um incrível caminho do projeto de cuidado dela, ainda a ser desbravado. Barbara pensou que escrever este texto seria uma maneira de, talvez, estimular esse interesse, além de ampliar a comunicação de sua potente experiência de busca por cuidado fora do

circuito de internação psiquiátrica. Fez o convite. Luciene se animou e concordou e, mais uma vez, topou revisitar o passado e contar de si, com um foco: destacar o que pôde aprender em sua peleja de lidar com suas crises e considera ser importante partilhar com outras pessoas.

Conversamos por telefone e WhatsApp. Apesar de reconhecer ser incômodo, Luciene lembrou do passado, retomou alguns pontos de seus caminhos terapêuticos e, por fim, disse ter gostado das conversas e ficado feliz, inclusive por ter desabafado um pouco. Barbara percebeu como aquelas conversas foram momentos de cuidado, em plena pandemia da COVID-19. Não lhe custou muito, mas pareceu ter sido fundamental para Luciene, que atravessava momentos difíceis, que ela considerava como “crise”. Segundo contou, vinha passando aqueles dias em crise porque estava sem remédio. Quando iniciamos a conversa, contou que já tinha queimado três casas e que quase ia queimando a quarta, mas não conseguiu. Como costuma acontecer, Luciene tem tiradas incríveis: *Lembrar do passado é sofrer duas vezes, mas ninguém vive sem ele...*

Luciene lembra do sanatório como um espaço de violência e de aprisionamento, onde atravessou muitas dificuldades. Nesse período de quatro anos sem internação psiquiátrica, ela se refere ao CAPS como o local onde encontrou a solução e um outro arranjo de família, além da sua¹¹. A primeira crise, quando diz ter ficado maluca, foi pela ocasião do parto prematuro de sua filha, por cuja vida lutou como uma guerreira. Conta que o médico queria que a criança fosse levada a óbito para estudar na faculdade e que não permitiu. Fugiu da maternidade. Atravessou a ponte. Buscou outra instituição. É nesse episódio que situa a origem de seu tormento. Sua filha, que tem deficiência auditiva, completou 15 anos. Com orgulho, ela diz que conseguiu. Salvou sua filha.

As crises de Luciene são caracterizadas por agressividade, delírios e alucinações. Ela vê vultos e escuta vozes, que por vezes lhe dizem para fazer coisas ruins, como queimar sua casa. Isso se repetiu um pouco antes de conversarmos, mas ela não queimou a quarta casa. Contou com a ajuda da mãe para evitar isso. E conta que aprendeu uma estratégia de lidar com esses momentos: respira fundo, conta até 10, toma seu remédio. Se tiver tomado, toma de novo. Sai de dentro de casa, vai para a casa da sua mãe, que fica relativamente perto da sua. Sente-se mais tranquila quando vai para a casa da mãe, no meio da turbulência da crise. Diz que a mãe lhe apoia, ajuda, acalma e, sobretudo, não quer mais que ela vá para o hospício.

¹¹ Em 2022, quando este livreto sai efetivamente do forno, a produção de cuidado de Luciene segue sendo sustentada em dispositivos territoriais, sem internações no manicômio local.

Aprendeu com Priscila, a residente, essa estratégia de contar até 10. Quando se encontraram no CAPS, Luciene estava no jeito agitado, sem confiar em ninguém. Achava que todo mundo estava mentindo para ela, não podia ver uma ambulância que corria. Aprendeu a contar de um até 10, respirar fundo, tentar tirar o pensamento das vozes, tentar perceber que o que escuta é ilusão. Além dos encontros no CAPS, conta que a residente também foi em sua casa. Ela se sentiu cuidada.

Luciene conta que o remédio é necessário, pois sem ele fica sem noção. Com a mudança de dinâmica no funcionamento do CAPS em função da pandemia, estava sem o medicamento garantido, mas conseguiu e isso também foi fundamental para contornar o período de crise, no território, no cenário difícil que se atravessava.

Ao longo dos anos que vem sendo acompanhada no CAPS, Luciene foi tendo a oportunidade de perceber suas crises de modo diferente: teve a oportunidade de se dar conta de que não era tudo aquilo que ela imaginava. Foi se percebendo mais forte, ampliando sua capacidade de reconhecer e lidar com a crise, de pegar sua própria crise pelo chifre. Quando foi pela primeira vez no CAPS, correu. Ficou com medo do povo. Só com o tempo, devagarzinho, foi se acostumando e aprendendo outros modos de se relacionar, inclusive com a equipe. Foi aprendendo outro modo de ser gente.

Porque antes, no sanatório, ela se sentia um monstro. Um monstro indomável. Não se sentia uma pessoa, se sentia um monstro. Não sabia nem quem ela era de verdade. Tinha medo, brigava, trocava tapa. Agredia como modo de defesa. E queria tudo na hora, não queria saber de nada. Por exemplo, cigarro de fumo – fumava um pacote por dia. E amedrontava. Só queria saber que ela existia. Quando diz que se sentia um monstro, é para deixar claro que não queria saber de coisa alguma, de ajudar ninguém, não queria saber da situação das outras, que também estavam surtadas. Bateu em muita gente no sanatório, por nada. Às vezes, por um cigarro.

No sanatório, Luciene também botava fogo – e não apenas metaforicamente. Então, sofria a retaliação, com tratamento violento e excesso de remédios. Foi como se fizessem uma lavagem cerebral e ela não dizia nada. Ela tomava “sossega-leão” e não dormia. Ficava amarrada e não dormia, com medo de que as outras internas lhe matassem. Porque quando ela pegava alguém, batia muito. Havia até aposta de técnicos do sanatório quando havia essas brigas. Davam corda, davam cigarro, davam fumo, davam tudo para ver a briga. Era como uma rinha. Então, eles gostavam de ver a briga. Luciene sempre ganhava. Eles apostavam para ver quem ganhava no pau. Luciene era magrinha, tinha muita força e batia para valer. Atualmente diz que se lhe pagarem um milhão para ela brigar com alguém, não briga.

Luciene se sente muito prejudicada pelos anos de sanatório. Reflete que sua experiência nessa instituição significou perder sua juventude toda. Lá não se pode sorrir, não se pode chorar, não se pode ficar calado, não se pode parar de conversar. Como que em um “Big Brother”, todo mundo se sente filmado 24 horas. Todo mundo, surtado, ao mesmo tempo. Quando pôde sair, foi percebendo o mundo de outro jeito, aprendendo a valorizar a paz, a convivência. Em trânsito no CAPS, no seu bairro, na cidade, pôde fazer amigos. Hoje tem amigos/as, tem colegas, tem conhecidos/as, tem esperança, tem um brilho nos olhos, tem vida. Pode olhar e dizer o que foi, o que é.

Ainda chegou a brigar no CAPS, umas duas vezes: algo como um retorno do monstro do sanatório dentro dela, ela ressalta. Brigou porque se chateou com coisas que lhe disseram. Mas, com intervenção da equipe, refletiu que não poderia responder assim e tem se controlado. No CAPS, encontrou profissionais que puderam lhe acolher, acalmar e ajudar a tirar aquele monstro de dentro. Lidar com ele. Barbara fica a pensar nos vários monstros que habitam cada pessoa. Pensa nos seus monstros. Luciene tinha medo das pessoas, medo de matar, porque era muito violenta. Aprendeu a ser violenta. Contudo, após a experimentação de outro circuito de cuidado, no território, não se sente mais monstro, se sente pessoa.

Profissionais do CAPS conquistaram Luciene com tecnologia simples, partindo de um ponto básico, que ela enfatiza: não tinham medo dela e perceberam-na como gente. Sempre destaca Priscila e uma psicóloga, e o jeito cuidadoso com que se aproximaram. No CAPS, pelos anos de condicionamento, estava pronta para tudo: brigar, correr, bater. O acolhimento produziu, nela, abertura ao contato. Luciene gosta de destacar: no CAPS não foi tratada como bicho, como era no sanatório. Sendo percebida como gente, com muita conversa, Luciene foi lembrando do seu passado e foi como que nascendo de novo, e podendo viver. Conta que aprendeu praticamente a andar de novo, com suas próprias pernas. Tudo pelo acolhimento, pelo amor, como destaca. Barbara se emociona com o modo como Luciene fala, que isso fez criar amor no seu coração, coisa que ela disse que não tinha mais. Achava que tinha perdido o amor ao longo dos anos de internações longas e sistemáticas. Algo tão simples, mas ao mesmo tempo tão desafiador: a potência transformadora da atitude de acolhimento na produção do cuidado – que não se encaixa em um procedimento operacional padrão. Porque talvez seja uma encarnação da possibilidade mais potente na condição humana – a capacidade de encontrar outros/as humanos/as, reconhecendo seus modos de existir.

E as crises? Luciene também reconhece o sentido de loucura como não saber o que faz, não saber definir o que está acontecendo, não saber dizer o que está se passando. Loucura é também a situação de crise, quando não sabe bem o está fazendo. Mas passa. Que profissionais

tenham medo, não ajuda, não resolve. A saída é outra. A saída é buscar outras saídas daquela situação de crise.

Quando convocada a pensar sobre a diferença na condução de suas crises no sanatório e no CAPS, prontamente destaca a questão da violência como marca do manicômio, e o movimento de apoio, inclusive entre usuários/as, como marca do CAPS. Não tem dúvida de que se sente mais bem cuidada no CAPS. Ela acredita que todo mundo tem defeito na vida, uns com mais outros com menos, e que no sanatório eles não querem entender isso. No CAPS existe uma tentativa de compreender cada pessoa, com seus problemas, envolvendo a família no cuidado.

Em seu processo de cuidado no território, Luciene tem experimentado mudanças em sua vida e consegue falar de si e de seus sofrimentos. Faz questão de lembrar de algo dolorido, de que foi amarrada no sanatório por muitos anos, que nem *Cristo na cruz*, mas desde 2016, não foi mais amarrada nenhum outro dia. Isso não é pouco. Voltou a construir sonhos e um horizonte de vida. Barbara pensa: não deveria ser esse o maior objetivo de um projeto de cuidado? Luciene expressa sua sabedoria sobre como cuidar. Ela ensina como cuidar. Isso põe Barbara a refletir. Só é preciso olhar para a pessoa, compreender o que ela sente, acreditar que a pessoa pode. Não ficar só com o papel e uma caneta, porque um papel e uma caneta não resolvem. Uma boa conversa, sim. O trabalho feito com investimento afetivo. Uma palavra. Um abraço. Um aperto de mão. Luciene joga tudo isso na roda do cuidado.

Barbara pensa nas recorrentes demandas de profissionais de “capacitação” para o cuidado em Saúde Mental. É importante cuidar de processos formativos permanentes, mas talvez eles sejam mais férteis sem a ilusão de que se pode estar pronto/a, capacitado/a. Barbara lembra da X Parada do Orgulho Louco, puxada a partir de Alegrete, cidade do Rio Grande do Sul, que ocorrerá em formato virtual em 2020. Quando este escrito se fecha, estão acontecendo as pré-paradas, como parte da organização do evento.

Surge o jogo de palavras – muitos/as profissionais não se sentem preparados/as para o cuidado em Saúde Mental. Mas será que um ponto fundamental nesse preparo não seria aprender a parar para ouvir, escutar, acolher, legitimar o sofrimento do outro? Luciene destaca que sim – isso tem um valor fundamental. E para isso não se capacita – é um exercício cotidiano, de expandir-se como gente, pelo compromisso de ser profissional do cuidado. É necessário parar para pensar sobre o cuidado ofertado e para conquistar a possibilidade de parar diante do outro/a que precisa da construção de um projeto de cuidado, saber parar diante do que acontece, para ver como seguir. Sempre é necessário lembrar que crise tem forte ingrediente de imprevisibilidade. A competência para o trabalho em saúde requer lidar com a

imprevisibilidade. Isso seria estar preparado – cuidar da capacidade de parar diante de quem sofre, para acolher, sem julgamento, sem medo.

Luciene destaca que isso requer amor, além de tudo, amor. Para sair da loucura-crise, e poder levar a vida adiante. Construção de redes de afeto, com familiares, amigos/as, profissionais. Ela vem tecendo sua rede, viva e quente. Ela pôde voltar a sonhar. Quer fazer o aniversário de 15 anos de sua filha. Seu melhor e maior desejo: ver seus filhos criados. Seu melhor projeto na vida: seguir perto de sua família, manter suas amizades. O que inclui tomar café na casa do vizinho. Desejos de gente. Brinca dizendo que tem gente que diz que ela nem parece louca, que é esperta.

Em nossos papos, lembramos de nossa caravana sertaneja à cidade de Bauru-SP, em dezembro de 2017, para participar do evento comemorativo dos 30 anos de Luta Antimanicomial, com apoio da Univasf. Luciene lembra que teve surtos na estrada, não avisou a ninguém, ativou seus recursos de lidar com esses momentos. Barbara lembra que chegaram a conversar sobre isso na viagem e foi possível que a própria Luciene contornasse. Fez uma participação importante no evento. Contou de sua experiência. É alguém que aprendeu a saber de si e reconstruir sua história.

Encerramos nosso relato realçando a marca maior que a produção do cuidado em saúde, incluindo a lida com situações de crise psíquica, precisa ter: bons encontros fazem florescer transformações nas pessoas, ativando o melhor das porções gente e bicho que as integram, integrando pensar e sentir.

Sobre as autoras e os autores

Audania do Socorro Lopes de Araújo Freire: Usuária do Caps André do Cavaquinho (Petrolina-PE) e militante antimanicomial, vinculada ao Núcleo de Mobilização Antimanicomial do Sertão/Numans. audania.araujo@gmail.com

Ana Catarine Guimarães Castro: Graduada em Psicologia pela UNIVASF. Atualmente Residente em Saúde da Família pela Universidade Estadual de Santa Cruz (UESC) pelo Programa de Residência Multiprofissional em Saúde da Família. guimaraes.cat30@gmail.com

Arauana Amaral de Almeida e Silva: Acadêmica de Enfermagem do 6º período da Universidade Federal do Vale do São Francisco – UNIVASF. arauana.almeida@discente.univasf.edu.br

Barbara E. B. Cabral: Docente do Colegiado de Psicologia e Tutora da Residência Multiprofissional em Saúde Mental/RMSM da Univasf. Graduada em Psicologia (UFPE). Mestra em Psicologia Clínica (Unicap) e Doutora em Psicologia (UFES), sempre pesquisou temas na interface Psicologia e Saúde Coletiva, com especial interesse por Saúde Mental e formação em saúde. Ativista antimanicomial, integrante do Núcleo de Mobilização Antimanicomial do Sertão/Numans. barbara.cabral@univasf.edu.br

Brenda de Oliveira Pessôa: Graduada em Psicologia pela UNIVASF. Atualmente desenvolvendo atividades como psicóloga na cidade de Lauro de Freitas -BA e no formato *online*. brenda.p.psicologia@gmail.com

Carla Thamires de Sousa Marques: Graduada em Enfermagem pela UNIVASF. Especialista em Saúde Mental pela Residência Multiprofissional em Saúde Mental da UNIVASF. Discente do Mestrado Profissional da UNIFESP, pelo Programa de Pós-Graduação em Ensino em Ciências da Saúde. Enfermeira no CAPS da Vila, Santos-SP. cthamires.marques@gmail.com

Cássia Poliana Príncipe Nunes: Graduada em Psicologia pela Universidade Federal do Vale do São Francisco (UNIVASF). Especialista em Saúde Coletiva pela Residência Multiprofissional da Secretaria de Saúde do Recife (SESAU-IMIP) e em Gestão em Saúde Mental (UNICA). Atualmente desenvolve atividades como psicóloga clínica na cidade do Recife. cassiaprincipe@gmail.com

Edilson Santos Brito: Graduado em Licenciatura em ciências sociais pela UNIVASF.

Atualmente trabalhando como Redutor de Danos no CAPS ADIII de Petrolina-PE E-mail: pocotosinho13@hotmail.com.

Francis Evangelista Almeida: Assistente Social, pela Universidade Pitágoras Unopar. Pós-graduado em Instrumentalidade do Serviço Social, pela Universidade Cândido Mendes. MBA em Saúde Pública, pela Universidade Cândido Mendes. Assistente Social do CAPS ij - Juazeiro/BA. E-mail: fea1984@outlook.com.

Gabriela da Silva Barros: Psicóloga formada pela Univasf. Desenvolve pesquisa na área de saúde mental, vinculada ao Observatório de Políticas e Cuidado em Saúde do Sertão do Submédio São Francisco. Email: gabrielasbarros7@gmail.com

Gabriella Santos Wrublewski: Psicóloga graduada pela UFRB (2014), especialista em Saúde da Família (UNIVASF – 2017), em Saúde Coletiva (ISC/UFBA/EAD/2019) e em Educação em Saúde (PSUS/HSL/2020). Atualmente é professora do curso de Psicologia da Uninassau-Petrolina. E-mail: gabriellasantospsi@gmail.com

Grécia Rejane Nonato de Lima: Psicóloga pela Fundação Universidade Federal do Vale do São Francisco - UNIVASF. Mestre em Psicologia (UNIVASF). Especialista em Teoria da Psicanálise de Orientação Lacaniana (Instituto de Psicanálise da Bahia). Experiência na área de Psicologia com ênfase em Psicanálise, Saúde Mental e Saúde Coletiva. Atua como psicóloga clínica com abordagem psicanalítica. e-mail: grecianonato@yahoo.com.br

Indiara Marquene Felix da Silva: Acadêmica de Enfermagem do 6º período da Universidade Federal do Vale do São Francisco - UNIVASF. indiara.felix@discente.univasf.edu.br

Joao Ricard Pereira da Silva: Graduação em Psicologia pela FACHO. Mestrado em Psicologia Clínica pela Unicap. Doutorado em Antropologia pela Universidade Federal de Pernambuco. Atualmente é professor adjunto da UPE e professor do Programa de Mestrado Profissional em Psicologia - Práticas e Inovação em Saúde Mental da UPE. E-mail: joaoricard@yahoo.com.br

Jonalva Paranã de Araújo Gama: Psicóloga. Interesse pelas políticas públicas desde a graduação; estuda população negra, afrocentricidade, decolonialidade, corpo e saúde mental. Mestranda em psicologia; especialista em Saúde da Família e Vigilância em Saúde e em Psicologia Clínica. Trabalhadora da Rede de Atenção Psicossocial e da Clínica. jonalvaparana@gmail.com

Karen Sindy Santos Martins: Acadêmica de Enfermagem do 6º período da Universidade Federal do Vale do São Francisco - UNIVASF. karen.santos@discente.univasf.edu.br.

Karoline Barros Conceição é enfermeira e especialista em Saúde Mental pela Univasf. Gerente CAPS II de Juazeiro-BA. karolinebc@hotmail.com

Kelly Mayara de Arruda Magalhães: Acadêmica de Enfermagem do 6º período da Universidade Federal do Vale do São Francisco - UNIVASF. kelly.arruda@discente.univasf.edu.br

Laila Angélica de Lima Bastos: Enfermeira pela Universidade de Pernambuco, *Campus Petrolina* - PE. Especialista em Saúde Mental pelo Programa de Residência Multiprofissional em Saúde Mental da UNIVASF. No momento, aluna regular do Programa de Mestrado Profissional em Psicologia – Práticas e Inovação em Saúde Mental (PRISMAL/UPE). Atualmente, enfermeira no CAPS I de Remanso-BA. lailaangellima@gmail.com.

Lorena Silva Marques: Graduada em Psicologia pela UNIVASF. Especialista em Saúde Mental pela Residência Multiprofissional em Saúde Mental da UNIVASF, atualmente mestranda em Psicologia pela Universidade Federal do Rio Grande do Norte (UFRN). Programa de Pós- graduação em Psicologia da UFRN (PPgPSI/UFRN). lorenasmarqs@gmail.com.

Luciene Nunes Batista: Usuária do Caps João Martins de Souza (Juazeiro-BA) e militante antimanicomial, vinculada ao Núcleo de Mobilização Antimanicomial do Sertão/Numans.

Marcelo Souza Oliveira: Psicólogo, especialista em Saúde Mental pelo Programa de Residência Multiprofissional em Saúde Mental - UNIVASF. Atualmente é aluno regular do mestrado profissional em Psicologia da Saúde - UFBA/IMS Bolsista da Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado da Bahia – FAPESB. Contato: oliveira.ufrb@gmail.com

Maria Helena Aranha Carvalho: Acadêmica de Enfermagem do 6º período da Universidade Federal do Vale do São Francisco – UNIVASF. helena.aranha@discente.univasf.edu.br.

Misael Carlos do Nascimento Neto: Bacharel em Psicologia pela UNIVASF. Mestre em Psicologia / Práticas e Inovação em Saúde Mental pela UPE Garanhuns. Psicólogo do CRAS de Casa Nova – BA. Coordenador do curso de Psicologia da UNINASSAU – Petrolina. E-mail: misaelcarlos13@hotmail.com.

Nathália Xavier Lima: Enfermeira pela Universidade de Pernambuco, *Campus Petrolina*. Especialista em Saúde Mental pelo Programa de Residência Multiprofissional em Saúde Mental da UNIVASF. Atualmente, residente do Programa de Residência Multiprofissional em Saúde da Família do IMIP. nathaliaxlima@gmail.com.

Rafaela Santos de Melo: Graduação em Enfermagem UEPB; Especialização em Saúde Mental e Atenção Psicossocial FIOCRUZ; Mestrado em Enfermagem UPE/UEPB; Doutorado em Biotecnologia RENORBIO. Professora do Colegiado de Enfermagem UNIVASF. Residência Multiprofissional em Saúde Mental – UNIVASF. rafaela.melo@univasf.edu.br.

Roberto dos Santos Silva Júnior: Graduação em Psicologia. Redutor de danos e Psicólogo, formação voltada a clínica psicossocial e a clínica de álcool e outras drogas, pesquisador e extensionista durante a graduação, grande entusiasta de grupos psicoeducativos, tenho me dedicado na assistência à saúde a populações em situação de vulnerabilidade. Coordenador do CAPS AD III de Petrolina-Pe. krsantosjr@gmail.com

Sandra Maria Sales Fagundes: Psicóloga, psicanalista, mestre em educação, professora convidada da Residência Integrada em Saúde (RIS), em Saúde Mental Coletiva da UFGRS, mentaleira do Fórum Gaúcho de Saúde Mental. E-mail sandra.m.sales.fagundes@gmail.com

Thâmara Agnes da Silva Santos: Psicóloga. Graduada pela Universidade Federal do Vale do São Francisco (UNIVASF). Residente do programa multiprofissional em Saúde Mental (UNIVASF). E-mail: thamaraagnesss@gmail.com

Victor Reis Santos: Psicólogo. Especialista pela Residência Multiprofissional em Saúde Mental da Univasf, apresenta interesses em temas relacionados a Políticas Públicas, Atenção Psicossocial e Método de Pesquisa Cartográfica. CAPS II de Petrolina/PE. victorreis20@gmail.com

Victória Letícia Lima de Macêdo: Acadêmica de Enfermagem do 6º período da Universidade Federal do Vale do São Francisco – UNIVASF. victoria.macedo@discente.univasf.edu.br.

A Editora Rede UNIDA oferece um acervo digital para acesso aberto com mais de 200 obras. São publicações relevantes para a educação e o trabalho na saúde. Tem autores clássicos e novos, com acesso gratuito às publicações. Os custos de manutenção são cobertos solidariamente por parceiros e doações.

Para a sustentabilidade da Editora Rede UNIDA, precisamos de doações. Ajude a manter a Editorial Participe da campanha «e-livro, e-livre», de financiamento colaborativo.

**Acesse a página
<https://editora.redeunida.org.br/quero-apoiar/>
e faça sua doação**

Com sua colaboração, seguiremos compartilhando conhecimento e lançando novos autores e autoras, para o fortalecimento da educação e do trabalho no SUS, e para a defesa as vidas de todos e todas.

**Acesse a Biblioteca Digital da Editora Rede UNIDA
<https://editora.redeunida.org.br/>**

E lembre-se: compartilhe os links das publicações, não os arquivos. Atualizamos o acervo com versões corrigidas e atualizadas e nosso contador de acessos é o marcador da avaliação do impacto da Editora. Ajude a divulgar essa ideia.

editora.redeunida.org.br

*"No correr dos contos, como no Grande Sertão
Veredas, de Guimarães Rosa, a vida embrulha
tudo. A vida é assim, esquentada e esfria, aperta
e daí afrouxa, sossega e depois desinquieta. O
que ela quer da gente é coragem. O cuidado
em liberdade, o que requer é ancoragem:
suporte para o insuportável, impensável,
indizível e para a potência."*

Sandra Fagundes



ISBN 978-85-54329-89-1

