

SAÚDE MENTAL & MULTIPLICIDADES

**veredas que abrem
para as insurgências
do contemporâneo**

Waldenilson Teixeira Ramos
Mariana Porto da Silva Cordeiro Fernandes
Enzo Mazzotti Almeida
Amanda Castellain Mayworm
[Organização]

SAÚDE MENTAL & MULTIPLICIDADES

**veredas que abrem
para as insurgências
do contemporâneo**

Waldenilson Teixeira Ramos
Mariana Porto da Silva Cordeiro Fernandes
Enzo Mazzotti Almeida
Amanda Castellain Mayworm
[Organização]

Editor Chefe

Ivanio Folmer

Bibliotecária

Eliane de Freitas Leite

Revisora Técnica

Gabriella Eldereti Machado

Diagramação e Projeto Gráfico

Gabriel Eldereti Machado

Revisão

Organizadores e Autores(as)

Conselho Editorial

Prof. Dr. Adilson Tadeu Basquerote Silva - UNIDAVI

Prof. Dr. Astor João Schönell Júnior - IFFAR

Prof. Dr. Alan Ricardo Costa - UFRR

Profa. Dra. Andréia Bulaty - UNESPAR

Profa. Dra. Carla da Conceição de Lima - UFVJM

Prof. Dr. Camilo Darsie de Souza - UNISC

Profa. Dra. Clarice Caldeira Leite - UFRGS

Profa. Dra. Cecilia Decarli - UFRGS

Prof. Dr. Carlos Adriano Martins - UNICID

Prof. Dr. Christian Dennys Monteiro de Oliveira - UFCE

Profa. Dra. Dayse Marinho Martins - UFMA

Prof. Dr. Deivid Alex dos Santos - UEL

Prof. Dr. Dioni Paulo Pastorio - UFRGS

Prof. Dr. Douglas Manoel Antonio de Abreu Pestana dos Santos - FASESP

Profa. Dra. Elane da Silva Barbosa - UERN

Profa. Dra. Elen Gomes Pereira - IFBA

Profa. Dra. Francielle Benini Agne Tybusch - UFN

Prof. Dr. Francisco Odécio Sales - IFCE

Prof. Dr. Francisco Ricardo Miranda Pinto - UFCAT

Prof. Dr. Gilvan Charles Cerqueira de Araújo - UCB

Prof. Dr. Ismar Inácio dos Santos Filho - UFAL

Prof. Dr. Leonardo Bigolin Jantsch - UFSM

Profa. Dra. Liziany Müller Medeiros - UFSM

Profa. Dra. Marcela Mary José - UFRB

Prof. Dr. Mateus Henrique Köhler - UFSM

Prof. Dr. Michel Canuto de Sena - UFMS

Profa. Dra. Mônica Aparecida Bortolotti - UNICENTRO

Prof. Nilton David Vilchez Galarza - UPLA

Prof. Dr. Olavo Barreto de Souza - UEPB

Prof. Dr. Rafael Nogueira Furtado - UFABC

Prof. Dr. Roberto Araújo da Silva Vasques Rabelo - UNILUS

Prof. Dr. Rodrigo Toledo - USCS

Prof. Dr. Sidnei Renato Silveira - UFSM

Prof. Dr. Thiago Ribeiro Rafagnin - UFOB

Prof. Dr. Tomás Raúl Gómez Hernández - UCLV

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)
(Câmara Brasileira do Livro, SP, Brasil)

Saúde mental e multiplicidades [livro eletrônico]
: veredas que abrem para as insurgências do
contemporâneo / organização Waldenilson
Teixeira Ramos... [et al.]. -- Santa
Maria, RS : Arco Editores, 2024.
PDF

Vários autores.

Outros organizadores: Enzo Mazzotti Almeida,
Mariana Porto da Silva Cordeiro Fernandes, Amanda
Castellain Mayworm.

Bibliografia.

ISBN 978-65-5417-249-3

1. Agentes comunitários de saúde 2. Centros de
Atenção Psicossocial (CAPS) 3. Profissionais da saúde
4. Saúde mental I. Ramos, Waldenilson Teixeira.
II. Almeida, Enzo Mazzotti. III. Fernandes, Mariana
Porto da Silva Cordeiro. IV. Mayworm, Amanda
Castellain

24-199361

CDD-616.89

Índices para catálogo sistemático:

1. Saúde mental : Ciências médicas 616.89

Eliane de Freitas Leite - Bibliotecária - CRB 8/8415



10.48209/978-65-5417-249-3

Esta obra é de acesso aberto.

É permitida a reprodução parcial ou total desta obra, desde que citada a fonte
e a autoria e respeitando a Licença Creative Commons indicada.



APRESENTAÇÃO

Na força motriz e nas múltiplas composições que se encontram aqui, tornam-se nodais os sentidos ampliados de Saúde Mental, traçando pistas para pensar a emergência do contemporâneo, instrumentalizando-se de forma crítica e política sobre os efeitos e as produções de nossas atuações. O livro dá espaço para escritas que questionam os efeitos cristalizados das práticas e discursos presentes no âmbito da Saúde Mental, desfazendo e refazendo a própria concepção de saúde em seus percursos. A enunciação coletiva de saúde, presente nas multiplicidades dos artigos aqui reunidos, permite um encontro com a diferença no campo que nos tira da passividade do homogêneo.

Este livro trilha e entrecruza múltiplas direções na tentativa de oxigenar e lançar luz às problemáticas tão caras ao campo da Saúde Mental brasileira contemporânea. O trabalho reúne contribuições que instigam debates em Saúde Mental em suas múltiplas interfaces. Comprometida com uma perspectiva crítica e engajada com os Direitos Humanos, a construção desta obra preocupa-se em reafirmar os direitos sociais e políticos na rede de Saúde Mental do Brasil.

Diante disso, considera-se essencial contextualizar o período manicomial e a luta para a Reforma Psiquiátrica a fim de compreender a perspectiva dos textos aqui presentes. Em “História da Loucura” do intelectual Michel Foucault, aborda-se o processo histórico e social de patologização da loucura. O autor aponta como os leprosários, na época pandêmica, serviram de base para a constituição manicomial. Primeiramente, os leprosos ocuparam esse espaço de exclusão para não contaminarem o restante da população, dando origem ao Hospital Geral de Paris. Após o surto de lepra, tornou-se um espaço com a finalidade de recolher e hospedar pobres, vagabundos e alienados. O dispositivo hospitalar, diferente do que conhecemos na atualidade, não possuía a função de cuidar de doentes, mas de servir como mecanismo de controle e exclusão so-

cial. Além disso, a partir da Revolução Industrial, que propiciou a ascensão do Capitalismo, os indivíduos começaram a ser regidos pela lógica capitalista de intensa produção, considerando inútil quem não contribuía para tal sistema. Essas ideias influenciaram o enclausuramento desses sujeitos nos hospitais, uma vez que não eram produtivos para a sociedade. Logo após, a loucura se diferenciava das demais categorias, sendo compreendida como uma desrazão. “O louco” é reconhecido como uma figura perigosa que causava desordem. Desde então, a pobreza não é mais encarcerada, e sim a loucura. Portanto, para o pensamento foucaultiano, a loucura é mais cultural e histórica do que médica.

Em vista disso, em meados do século XIX, surgem os asilos e a loucura é denominada como “alienação mental”, sendo parte do território médico. Tal mudança de paradigma é regida por Philippe Pinel, um psiquiatra francês. Pinel realiza um gesto revolucionário para a época, liberta os loucos de Bicêtre dos grilhões e defende formas de tratamento para os alienados, como banhos de água fria e camisas de força. Acreditava-se na vigilância e no trabalho como formas de cura. Pinel de longe promoveu uma reforma psiquiátrica, justamente reforçava a importância dos dispositivos, mas colocou os alienados num lugar de pacientes que necessitavam de cuidado, não apenas como marginais sociais.

No contexto brasileiro, em torno do século XIX, a loucura é englobada para o território religioso ao ser reconhecida como ameaça à segurança e ordem da comunidade. Diante disso, surgiram as Santas Casas de Misericórdia para abrigá-los. No entanto, em vista da chegada da família real no país e, com o Rio de Janeiro sendo a capital brasileira, ocorreram projetos sanitários visando a disciplinarização e ordem urbana, alegando as Casas como um espaço de condições higiênicas insalubres. Além disso, houve disputas territoriais do campo da loucura pelo saber médico e religioso, criando-se, então, o primeiro hospício do Brasil, utilizando-se da abordagem de Pinel: o Hospício Pedro II.

Os hospícios eram espaços de violência, condições insalubres, internações em tempo integral e de longa duração. Um dos primeiros movimentos de

contestação e resistência do modelo manicomial ocorreu na Itália, pelo psiquiatra Franco Basaglia. Ele defendia o fim das estruturas físicas do manicômio e da lógica manicomial que rondava a sociedade. Também apoiava que os manicômios fossem substituídos por uma rede de novas e diversificadas estruturas de saúde mental na cidade. Em 1978, estabelece-se a Lei Basaglia, a qual integrou a doença mental na legislação sanitária.

Essa revolução de Basaglia impactou as estruturas brasileiras. Em 1978, o Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental organiza um movimento contrário à organização manicomial, construindo um pensamento crítico acerca da saúde mental e uma defesa ao processo de desinstitucionalização. Esse grupo desenvolve o movimento “Por uma sociedade sem manicômios”. Diante disso, conseguiram-se o fechamento de alguns manicômios e a abertura dos primeiros Centros de Atenção Psicossocial (CAPS). Esses dispositivos foram criados ao articular-se com o pensamento da Psiquiatria Democrática de Basaglia, o qual pregava uma substituição de rede. Os CAPS são responsáveis por atender situações de crise psiquiátrica e/ou social relacionadas ao estado mental, inclusive com leitos de suporte para hospedagem em situações mais graves. Em seguida, surgiu o Projeto de Lei Paulo Delgado, que propõe a extinção dos hospitais psiquiátricos e sua substituição por outras tecnologias de cuidado em saúde mental. Ademais, um passo essencial do movimento antimanicomial foi esse ter sido englobado pelo Sistema Único de Saúde em 2001.

Segundo Amarante, a partir da desinstitucionalização, os usuários recebem um real cuidado. Os dispositivos atuais da rede de saúde mental têm a função de atuar no território ocupando um espaço não apenas técnico, administrativo, legislativo ou político; mas também ético ao entender as(os) usuárias(os) como sujeitas(os) de direitos.

No entanto, é importante perceber que o movimento da Reforma continua em curso. A PEC 241, elaborada no governo bolsonarista, assolou as políticas de saúde mental e a garantia de direitos construídas por anos ao diminuir as ver-

bas públicas da saúde e investir em estratégias que miram a manicomialização e o proibicionismo. Há o aumento, então, das Comunidades Terapêuticas, que são instituições que atendem pessoas que fazem uso prejudicial de álcool e outras drogas, sendo originadas devido a movimentos do Ministério da Saúde no combate à ‘guerra às drogas’ nos anos 2000. Caracterizam-se como instituições privadas que perpetuam uma culpabilização do indivíduo e uma estrutura de internação compulsória.

Além disso, o manicômio extrapola os muros do hospício, pois existe uma lógica manicomial que atravessa o que entendemos como cuidado. Diante disso, mesmo nos serviços substitutivos que se constroem a partir da Reforma, é possível existirem práticas de cuidado regidas por essa lógica.

Alinhados com a Carta de Bauru (1987), que afirma: “o manicômio é expressão de uma estrutura, presente nos diversos mecanismos de opressão desse tipo na sociedade”. Assim, alguns dos manuscritos trouxeram para o debate novas e antigas problemáticas de uma prática dentro da rede de Saúde Mental a fim de se contrapor à lógica manicomial. Tendo em vista as novas ordenações do trabalho em rede, a precarização do trabalho, as atuais demandas de atendimento conjuntamente com as discussões que se atualizam acerca da Reforma Psiquiátrica e da luta antimanicomial. Ademais, tendo em vista que o percurso das práticas em Saúde Mental no território brasileiro é marcado por violências institucionais dentro e fora de manicômios, destacam-se as reflexões e análises sobre o movimento da luta antimanicomial e da Reforma Psiquiátrica, pensando suas repercussões e atualizações. Neste sentido, com o propósito de fazer conhecer e desenvolver novas saídas inventivas para lidar com as problemáticas das práticas clínicas em Saúde Mental, há trabalhos que visam dar exemplos, ainda que singulares e localizados, do que é possível criar como forma de construir novas possibilidades para a rede em Saúde Mental. O enfoque maior dado por nós foi em artigos que pudessem sensibilizar os diferentes profissionais de saúde atuantes dentro e fora do domínio da saúde.

Por fim, nosso desejo, a partir deste agrupamento de manuscritos, é a promoção do próprio diálogo e suas imprevisíveis reverberações para além do que aqui será lido. Apostamos que é na e pela palavra que conseguiremos também buscar novas saídas, olhar de forma diferente para as questões que se atualizam no campo e localizar angústias que talvez ainda não tenham sido propriamente nomeadas — ou renomeá-las.

Waldenilson Teixeira Ramos

Enzo Mazzotti Almeida

Mariana Porto da Silva Cordeiro Fernandes

Amanda Castellain Mayworm

SUMÁRIO

CAPÍTULO 1 - AGENTES COMUNITÁRIOS DE SAÚDE E SAÚDE MENTAL: CONSTRUÇÕES DE VÍNCULOS E PRÁTICAS EM UMA UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE.....	13
--	-----------

Tuliola Almeida de Souza Lima

doi: 10.48209/978-65-5417-249-1

CAPÍTULO 2 - TRANSTORNAR-SE COMO ATO CLÍNICO: SUBJETIVIDADES HÉTERO-CIS-DISSIDENTES PSICOPATOLOGIZADAS.....	43
--	-----------

Maria Eduarda Parizan Checa

doi: 10.48209/978-65-5417-249-2

CAPÍTULO 3 - ASPECTOS ÉTICO-POLÍTICOS DO USO DE INSUMOS ESTÉTICO-ARTÍSTICOS EM OFICINAS TERAPÊUTICAS NOS CENTROS DE CONVIVÊNCIA.....	63
---	-----------

André Luiz Carvalho de Souza da Silva

Iohanna Sanches Grammatikopoulos

doi: 10.48209/978-65-5417-249-4

CAPÍTULO 4 - DA FALTA À PSICOPATOLOGIZAÇÃO: QUE SUJEITO É ESSE?.....	79
---	-----------

Gleiciene Gomes de Araujo

Yury Felipe Nascimento Alves

doi: 10.48209/978-65-5417-249-5

CAPÍTULO 5 - O CUIDADO RACIALIZADO EM SAÚDE MENTAL E O AQUILOMBAMENTO ATRAVÉS DO ACOMPANHAMENTO TERAPÊUTICO.....95

Paula Oliveira dos Santos

Esthefany Borges Soares

Taynara da Glória Martins

Luana da Silveira

doi: 10.48209/978-65-5417-249-6

CAPÍTULO 6 - CONCEITOS E POSSIBILIDADES DE ELABORAÇÃO DO LUTO: UM DIÁLOGO ENTRE PSICANÁLISE, CINEMA E LITERATURA.....118

Beatriz Araujo de Souza e Silva

doi: 10.48209/978-65-5417-249-7

CAPÍTULO 7 - O ACOLHIMENTO NOS CENTROS DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL NO MUNICÍPIO DO INTERIOR BAIANO.....141

Veronica Lima Santos

Clara Aleida Prada Sanabria

Milla Pauline da Silva Ferreira Teles

Thereza Christina Bahia Coelho

doi: 10.48209/978-65-5417-249-8

CAPÍTULO 8 - DA DESASSISTÊNCIA À ATENÇÃO PSICOSSOCIAL: O CAPSI ENQUANTO DISPOSITIVO REVOLUCIONÁRIO NO CUIDADO EM SAÚDE MENTAL INFANTOJUVENIL.....166

Ana Clara Oliveira da Cunha Soares

doi: 10.48209/978-65-5417-249-9

CAPÍTULO 9 - “SÓ DESEJO ALEGRIA”: NARRATIVAS SOBRE AS IMPLICAÇÕES ÉTICO-POLÍTICAS DO TRABALHO PROFISSIONAL NA DESINSTITUCIONALIZAÇÃO DE UM EX-PACIENTE JUDICIÁRIO DOS HOSPITAIS DE CUSTÓDIA.....192

Thais Lasevicius

doi: 10.48209/978-65-5417-249-A

CAPÍTULO 10 - REVISÃO NARRATIVA: UMA JORNADA ENTRE MATERNIDADE, GÊNERO E O USO DE SUBSTÂNCIAS PSICOATIVAS.....209

Waleska Batista Fernandes

Alessandra da Rocha Arrais

doi: 10.48209/978-65-5417-249-B

CAPÍTULO 11 - FUNCIONALIDADE DE UMA REDE DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL (RAPS) NA AVALIAÇÃO DE PROFISSIONAIS DA SAÚDE MENTAL.....234

Milla Pauline da Silva Ferreira Teles

Andrei Souza Teles

Thereza Christina Bahia Coelho

Veronica Lima Santos

doi: 10.48209/978-65-5417-249-C

SOBRE OS ORGANIZADORES.....259

SOBRE OS AUTORES.....261

CAPÍTULO 1

AGENTES COMUNITÁRIOS DE SAÚDE E SAÚDE MENTAL: CONSTRUÇÕES DE VÍNCULOS E PRÁTICAS EM UMA UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE

Tuliola Almeida de Souza Lima

Doi: 10.48209/978-65-5417-249-1

Resumo: Este trabalho é resultado da formação pela Residência Multiprofissional em Saúde Mental da Escola de Saúde Pública de Minas Gerais e da Secretaria Municipal de Saúde de Betim. Ele consiste em investigação sobre como Agentes Comunitários de Saúde (ACS) se responsabilizam pelos cuidados relacionados à saúde mental dos usuários de sua área, visto que as políticas e ações para uma maior vinculação entre Atenção Primária em Saúde e Saúde Mental são ainda incipientes. Contextualiza-se a constituição dessa categoria profissional no Brasil; em seguida traça-se um panorama sobre a clínica decorrente da Reforma Psiquiátrica. Trata-se da constituição de ações ligadas ao cuidado em Saúde Mental na Unidade Básica de Saúde pesquisada, apresentando informações sobre o trabalho de ACS da Unidade em questão, articulando-as a produções acadêmicas sobre o tema. Busca-se contribuir para as reflexões sobre as ações de saúde mental que ocorrem na Atenção Primária à Saúde (APS). Foi avaliada uma experiência específica de trabalho no campo da saúde mental, enfatizando as falas das pessoas entrevistadas como fonte de conhecimento a respeito da experiência. O objetivo é amplificar tais vozes e as escutas das mesmas, para pensarmos nas contribuições de ACS no fortalecimento das ações de saúde mental na APS.

Palavras-Chave: Agentes Comunitários de Saúde; Atenção Primária à Saúde; Saúde Mental; Sistema Único de Saúde.

Introdução

O percurso clínico pelo território geográfico e pelo território existencial com as pessoas que pretendemos ajudar imprime uma intensidade e uma vertigem à experiência que funciona como um antídoto ao corporativismo e à estreiteza dos profissionais (Lancetti, 2007, p. 52).

O tema pesquisado neste trabalho¹ foi escolhido a partir da minha inserção enquanto pesquisadora-residente em uma Unidade Básica de Saúde (UBS) no município de Betim (MG), como parte das atividades do Programa de Residência Multiprofissional em Saúde Mental. Tal inserção ocorreu a partir de uma proposta de acompanhamento das atividades de Matriciamento em Saúde Mental, previstas para ocorrerem sob a condução de profissionais da rede e articuladas ao trabalho realizado na Atenção Primária à Saúde (APS). Participei de reuniões em que se discutiam casos de usuários em situação de sofrimento mental — atendidos na UBS em questão — das quais participavam sempre Agentes Comunitárias de Saúde (ACS)² e a psicóloga de referência da equipe. Eu pude participar também de visitas domiciliares realizadas a alguns desses usuários, sempre acompanhada de uma ACS e da psicóloga. Nesse período se iniciou a oferta de um grupo de convivência, para troca de conversas e realização de atividades de artesanato, no território da comunidade, conduzido por algumas ACS. Acompanhei essas atividades nas quais houve envolvimento gradativo de outras profissionais da Unidade. Desde o começo dessa vivência, destacava-se o modo como algumas ACS se apropriavam da lida cotidiana com sujeitos em situação de sofrimento mental. Nos relatos que faziam sobre visitas domiciliares, no manejo de situações de conflito familiar; no conhecimento

1 Texto adaptado do Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Programa de Residência Multiprofissional em Saúde Mental da Escola de Saúde Pública de Minas Gerais (ESP-MG), em parceria com a Secretaria Municipal de Saúde de Betim, para obtenção de título de Especialista em Saúde Mental.

2 Nesta Unidade, todas as pessoas que trabalhavam como ACS eram mulheres, naquele período. Por isto a opção em afirmar a função no feminino. Este marcador de gênero, no entanto, não será abordado neste texto, enquanto ponto de análise das práticas de cuidado na Saúde Mental.

sobre como os sujeitos, em cada caso, viviam no bairro e na vizinhança, entre outros aspectos de suas vidas, demonstravam como criar bonitas relações territoriais comunitárias.

A pesquisa se caracterizou como qualitativa e seu tema se refere a como tais Agentes se responsabilizavam com os cuidados relacionados à saúde mental, visto que as políticas e ações para uma maior vinculação entre APS e Saúde Mental são ainda frequentemente insuficientes para garantia de integralidade do cuidado. Para a escolha das participantes, os critérios utilizados foram o envolvimento profissional com pessoas em situação de sofrimento mental: seja pelo acompanhamento a casos graves específicos, ou através de atividades coletivas oferecidas à população.

A metodologia da pesquisa consistiu em entrevistas individuais com quatro ACS da Unidade, pertencentes a três das cinco equipes de Estratégia Saúde da Família (ESF); elas foram transcritas e em seguida analisadas, levantando-se os temas abordados relacionados ao objetivo da pesquisa. Além disso, foi feito uso de registros pessoais realizados durante minha inserção no cotidiano da Unidade, que ocorreu durante quase dois anos; registros que complementam a observação e a análise das entrevistas. Nestas, abordamos como ACS fazem suas ações e quais condições pessoais e institucionais permitem que se responsabilizem pelas mesmas, tratando a respeito do seu trabalho com a população em geral e com usuários que fazem acompanhamento na rede de saúde mental do seu território.

Quando me refiro às articulações entre Saúde Mental, Reforma Psiquiátrica e Atenção Primária à Saúde, uma premissa me orienta: um cuidado que realmente contemple as necessidades dos usuários, que seja possível de ser ofertado por trabalhadoras de diversas categorias, precisa se basear na liberdade desses usuários e na aposta no vínculo que possa surgir da relação com os mesmos. Com o termo “liberdade”, quero destacar certa autonomia para o

usuário procurar o serviço de saúde quando sentir necessidade; bem como a preservação de sua escolha para sair e retornar ao seu domicílio, circular pela região que mora e onde mais lhe for conveniente. Ser cuidado no seu território. Inspirada pelas experiências inauguradas por grupos de pessoas e redes precursoras das redes substitutivas ao manicômio, considero que nem a saúde, nem a loucura, devam ficar restritas a um espaço físico pré-determinado; tampouco as ações dos profissionais desse ramo o devam ficar (Lancetti, 2001). Sobre o vínculo, refiro-me ao que há de mais tipicamente humano nas relações humanas: o convívio entre diferentes pessoas, em uma relação que se quer terapêutica, gera confiança e empatia, ou mesmo certa influência que um sujeito é capaz de gerar sobre o outro, a partir de algo que lhe é, a princípio, peculiar e assim mesmo passível de ser compartilhado.

Seguindo o movimento da Reforma Psiquiátrica no Brasil, temos instituídos serviços e redes criados para uma clínica territorial e que pressupõe a cidadania dos usuários da Saúde Mental, conforme o legado da obra de Basaglia (1985) para a prática no campo da Saúde Mental brasileira. A partir da influência basagliana, concedemos importância a atuar em uma “determinada cultura social”, contribuindo para a transformação do lugar social da loucura (Amarante, 2007). Partindo das diretrizes nacionais que concernem à política de Saúde Mental e à organização da APS, podemos analisar alguns efeitos do movimento da Reforma Psiquiátrica na Unidade e rede em questão.

É preciso destacar alguns pontos definidos na Lei 10.216/2001, que dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em Saúde Mental: nela está assegurado que a pessoa seja “tratada com humanidade e respeito e no interesse exclusivo de beneficiar sua saúde, visando alcançar sua recuperação pela inserção na família, no trabalho e na comunidade”; e “preferencialmente, em serviços comunitários de saúde mental” (Brasil, 2001). Esta Lei prevê ainda a participação da sociedade e das famílias de tais pessoas na assistência.

Outros documentos decorrentes da Lei 10.216 destacam as aproximações da Saúde Mental com a Atenção Primária — tais como definidos na Circular Conjunta 01/2003 do Ministério da Saúde — dentre os quais a noção de território; organização da atenção à saúde mental em rede; intersetorialidade; reabilitação psicossocial; multiprofissionalidade/interdisciplinaridade; desinstitucionalização; promoção da cidadania dos usuários; construção da autonomia possível de usuários e familiares (Brasil, 2003, p. 3). As ações entre Saúde Mental e Atenção Primária devem ser organizadas em “redes de cuidado”, buscando o estabelecimento de vínculos; priorizando o acolhimento ao usuário; e articulando-se a outras políticas. Contudo, há distintas formas de organização, implantação e monitoramentos das políticas públicas nos diferentes contextos. Na prática, o que encontramos com frequência é o Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) assumindo papel de organizador da rede de cuidados, enquanto a APS se mantém, por vezes, distante dessa articulação. Isto se dá, provavelmente, como decorrência histórica do movimento de reforma da assistência prestada: estratégias iniciais visavam alterar modos de abordagem às crises psiquiátricas, abrindo serviços de atenção à crise que pudessem substituir o hospital psiquiátrico³. Os investimentos para melhoria na atenção podem ser considerados como desafio na construção de redes de cuidado que de fato prescindam do hospital psiquiátrico e garantam assistência integral a pessoas em situação de sofrimento mental.

Ao longo do século XX, a assistência privilegiava uma prática voltada à cura de doenças e atenção hospitalar: este modelo acabou gerando insatisfação de usuários, baixa resolutividade e acarretava altos custos para os gestores (Drummond Jr., 2009). Na década de 1990, com experiências exitosas ocorrendo em diferentes regiões do Brasil, surgiram programas de enfrentamento a determinadas condições de risco, locais, nas quais se utilizavam a presença

³ Em alguns municípios de Minas Gerais esses serviços são chamados Centros de Referência em Saúde Mental (CERSAMs), que funcionam da mesma forma que os designados CAPS — nomenclatura presente na legislação e de uso corrente no País.

e atuação de Agentes Comunitários de Saúde: de frentes de trabalho no Ceará, desde 1987, a ações semelhantes em outros locais no Nordeste brasileiro, com posterior extensão ao Norte e gradativa ampliação da atenção para o núcleo familiar; passando pela experiência do Programa Médico de Família, em Niterói (RJ) e outras ações em diversas regiões nacionais, como o Projeto Paideia, em Campinas (SP), implantado em 2001 (Furlan, 2008; Gama, 2011).

Muitos agentes comunitários de saúde destacaram-se funcionando como verdadeiros amigos qualificados, lançando mão de ferramentas simples do cotidiano, num corpo a corpo capaz de romper resistências e encurtar distâncias. (Gonçalves, 2001, p.114).

Através dos resultados dessas iniciativas, nas quais os ACS demonstraram importância fundamental para o acompanhamento de famílias e comunidades, chegou-se à formalização do Programa Saúde da Família (PSF) pelo Ministério da Saúde, em 1994 (Brasil, 2005).

A APS é definida enquanto “um conjunto de ações de saúde, no âmbito individual e coletivo, que abrangem a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação e a manutenção da saúde” (Brasil, 2006 B, p. 12). Como ela mantém os princípios de universalidade e acessibilidade, é também, deste modo, o contato preferencial dos usuários com o Sistema Único de Saúde (SUS). Considera a dinamicidade dos territórios em que as unidades de saúde estão inseridas, bem como uma concepção ampliada de saúde, na qual influenciam determinantes sociais, afetivos, entre outros. Reafirma a importância de se fortalecer a Estratégia Saúde da Família (ESF) enquanto modelo de organização do SUS. Sua função deve ser a resposta aos problemas de saúde mais comuns na população, incluindo práticas de redução de danos e sofrimentos que comprometam a qualidade de vida da população. Seus princípios incluem práticas democráticas e participativas, através do trabalho em equipe, voltadas à população de um território delimitado, de sua responsabilidade sanitária.

Em relação ao processo de trabalho na APS destacam-se a programação e implementação das atividades de modo a garantir assistência resolutiva à demanda espontânea, com a priorização para solução dos problemas mais frequentes. Desenvolvem-se ações educativas que interfiram nos processos de saúde-doença, com vistas a ampliar o controle social; e ações intersetoriais nas quais se integram projetos sociais e setores afins, com intenção à promoção de saúde (Brasil, 2006 B). Quanto aos princípios da ESF, consistem em substituir o modelo tradicional, biomédico, de assistência à saúde. A atuação no território inclui realização de cadastro domiciliar, diagnóstico situacional, cuidado aos indivíduos e às famílias — com foco na comunidade; busca de integração com outras instituições e organizações sociais, estabelecendo parcerias; ser um espaço para construção de cidadania (Brasil, 2006 B).

No movimento de reorientação da assistência em Saúde Mental, esta área de cuidado pôde se beneficiar dos princípios organizativos da APS. E, ao mesmo tempo, contribuiu para os mesmos, trabalhando através dos vínculos, no território. Considerando não só a demanda espontânea, como as reais necessidades de saúde, encontram-se reunidas diversas condições para práticas que passem tanto pela Estratégia de Saúde da Família quanto pela Saúde Mental. Quando surgem modos de acesso aos serviços menos burocráticos — através do contato direto dos usuários com os profissionais de sua equipe de referência — os vínculos que surgem entre esses segmentos permitem práticas mais resolutivas.

Profissionais das ESF têm como atribuições: o cuidado a grupos, famílias e indivíduos, a ser realizado tanto nas unidades de saúde quanto nos domicílios e espaços comunitários, se necessário; garantir a integralidade da atenção; realizar busca ativa e notificações de agravos e situações importantes; realizar uma escuta qualificada das necessidades dos usuários, com humanização do atendimento e viabilização do estabelecimento do vínculo; promover participação e mobilização da comunidade; potencializar ações intersetoriais, entre outras, a

serem definidas como prioridades locais. As atribuições específicas de Agentes Comunitários de Saúde, preconizadas, são: buscar integrar a equipe de saúde e a população adscrita, desenvolvendo ações que considerem o acompanhamento a indivíduos e grupos; trabalhar com a população definida em uma base geográfica — a chamada microárea; manter contato permanente com as famílias e desenvolver ações educativas, com vistas à promoção de saúde e prevenção de doenças, de modo articulado ao planejamento da equipe; cadastrar e manter atualizados os cadastros de todas as pessoas da microárea; orientar quanto à utilização de serviços de saúde disponíveis; realizar visitas domiciliares e ações educativas nos domicílios e na comunidade; manter a equipe informada quanto a situações de risco; contribuir com ações de controle de doenças (Brasil, 2006 A).

Durante muitos anos não houve uma diretriz política nacional estabelecida para a realização de cuidados em Saúde Mental especificamente pela categoria profissional de ACS (Drummond Jr., 2009). Vejamos, no entanto, mais algumas das suas caracterizações nos marcos legais estabelecidos sobre a APS.

Na Portaria 1886, de 1997, são aprovadas as normas e diretrizes do PACS e do PSF. Além das responsabilidades já mencionadas, constam na Portaria os seguintes requisitos para prestar o cargo de ACS: ser morador da área onde exercerá as atividades por no mínimo dois anos; saber ler e escrever; ser maior de dezoito anos e ter disponibilidade de tempo integral (Brasil, 1997). No Decreto 3189, que fixa diretrizes para o exercício da atividade do ACS, há um acréscimo interessante: o ACS deve, além de residir na mesma comunidade, “ter espírito de liderança e de solidariedade”, preenchendo ainda os demais requisitos estabelecidos pelo Ministério da Saúde (Brasil, 1999). Neste documento indica-se também a participação ou promoção de ações que contribuam para fortalecer os elos entre o setor saúde e outras políticas públicas destinadas a aumentar a qualidade de vida da população. Na Lei 11.350, os requisitos para exercício do cargo passaram a consistir em residir na área de atuação desde a

publicação do edital do processo seletivo, concluir curso de formação inicial e ter concluído o ensino fundamental (Brasil, 2006).

As intervenções em Saúde Mental na APS são variadas e destacam-se como atividades em grupos educativos e de promoção de saúde. As noções de acolhimento — que “já é uma intervenção em Saúde Mental” (Brasil, 2011, p. 61) — e de escuta são enfatizados; pode-se mesmo afirmar que um dos objetivos da concepção da política pública atual sobre a interseção desses dois campos tenha por principal objetivo provocar uma mudança entre os/as profissionais da APS — nas categorias de nível médio e as de nível superior — para que se afirmem como capazes de oferecer cuidados no campo da saúde mental. “A estratégia da família é uma práxis na qual a saúde e a saúde mental se articulam de tal modo que saúde e saúde mental chegam a fundir-se.” (Lancetti, 2007, p. 49).

A saúde mental de uma determinada pessoa se relaciona ao modo de submissão e desvio de discursos normativos, ou seja, que algo de sua singularidade possa ser preservado nos campos por onde circula, nas trocas simbólicas com outras pessoas. Tal como Gama (2011), destacamos, assim, um

aspecto de eterna criação e recriação das condições de manutenção da saúde mental do sujeito. (...) Pois a saúde mental na atenção básica pode facilmente se converter num programa higienista para controlar a vida da população de baixa renda (p. 35).

E este é um risco para o qual devemos estar alertadas em nossa prática, buscando evitá-lo. Afinal, faz parte dos princípios do SUS o planejamento de estratégias de cuidado singulares, para que as pessoas se coloquem como protagonistas das decisões e tenham preservada e estimulada sua autonomia. As desigualdades de renda — econômicas e sociais — por sua vez, são um dos desafios para o cumprimento de integralidade do cuidado e garantia de equidade de atenção, diante das diferentes necessidades individuais e coletivas.

Através da caracterização da organização da APS, no modelo vigente, podemos afirmar que ACS representam o elo entre a unidade de saúde e a po-

pulação adscrita à mesma. Por ser moradora dessa comunidade, ela ocupa um lugar híbrido, estando ao mesmo tempo mais próxima dos usuários da rede e fazendo parte da equipe de saúde. Ela responde às demandas desses dois campos e “deve operar como figura síntese, inserindo a população no campo técnico e a unidade de saúde na realidade local, no território” (Trapé, 2010, p. 76). Em tese, por pertencer a esses dois campos, ACS “traria em si a cultura e o saber locais, o que o potencializaria enquanto um agente para introdução de novos conceitos e práticas para a comunidade e para a equipe de saúde” (Furlan, 2008, p. 51). É possível observar também como essa identidade profissional vai sendo formada a partir da própria prática, à medida que se age no território e estabelece, a seu modo, a vinculação com diferentes usuários.

Na perspectiva da organização dos serviços da APS, o vínculo entre as pessoas é priorizado; e é este vínculo a maior ferramenta de trabalho de ACS. Esta condição provoca a realização de abordagens epistemológicas que considerem a produção de saber das pessoas envolvidas em tais vínculos, nos territórios que habitamos com elas, enquanto profissionais de saúde.

A clínica atual reflete as mudanças propostas por Basaglia, notadamente no deslocamento de ênfase na doença para o sujeito que adoece. No modelo que pretende superar certa fragmentação entre a biologia, subjetividade e sociabilidade, objetiva-se criar projetos terapêuticos amplos e aposta-se na defesa do próprio sujeito para manter sua saúde geral; sem desconsiderar que “toda ação de saúde é uma prática sempre submetida a determinantes sociais, políticos e econômicos” (Campos, 1997, p. 7). Seguindo os passos deste autor, partilho de sua defesa por uma clínica de qualidade, na qual uma “cultura da comunicação” é essencial, pois as singularidades de sujeitos atendidos não são apreendidas através de formalidades e protocolos; é necessário, portanto, que saberes técnicos instituídos se permitam ser questionados; que as equipes de trabalho possam utilizá-los, apoiando-se neles, mas deixando espaço para construções e articulações de saberes das pessoas sobre si. Contudo, este é um desafio bastante presente no cotidiano das práticas de cuidado.

Ações de Saúde Mental Desenvolvidas por ACS

Em todas as entrevistas foi mencionado que a população identificada como em sofrimento mental não tinha nenhum tipo de acompanhamento na UBS até 2011. Em uma das microáreas houve consenso da equipe em identificar muitos e graves casos, com demanda destacada em relação às outras quatro, e sobre a qual tivemos os seguintes depoimentos:

E eles ficavam sem nenhum apoio, que no caso, os hipertensos tinham, os diabéticos tinham, as crianças tinham — que era o grupo de asma — a gestante tinha — planejamento familiar... Mas pra essas pessoas não tinham. E a gente via casos, na nossa área, que eram pessoas que tinham sofrimento mental, mas que não tinham apoio. Então, às vezes eles procuravam a Unidade e os médicos olhavam assim... com um olhar... “Não”... Não olhava com aquele olhar diferencial, olhando a possibilidade que aquilo poderia ser um transtorno. (ACS 4).

Olha, assim: agora eles vê que eles não tão sozinho, porque antes, o portador de sofrimento mental, ele... ele ficava sozinho, né? Era ele e o tratamento. Agora não, agora todos são envolvidos (ACS 1).

As entrevistadas relatam a rotina de trabalho que envolve visitas domiciliares programadas, com acompanhamento a grupos específicos, como hipertensos, diabéticos, portadores de tuberculose, gestantes e crianças de até dois anos. Devem fazer uma visita mensal a cada família. Para tais grupos, além do cadastro básico, há o que é feito em ficha separada, de acordo com a condição referida.

Além do acolhimento e acompanhamento ambulatorial, a UBS deve propiciar uma articulação na rede para cada usuário, garantindo-se uma atenção integral. Pelo modo de fazer instituído na saúde mental, busca-se realizar uma escuta qualificada do(a) próprio(a) usuário(a) e ampliar as respostas para além do fornecimento de medicação, acentuando-se, assim, a relação entre sujeitos. Pelos relatos, a prática gera um novo saber, que concerne a um modo de saber falar com os(as) usuários(as) e ouvi-los(as), respeitando as singularidades de

cada um(a). Algumas diferenças são apontadas, no trato com esses usuários, especificamente:

Cê tem que saber falar com eles; tem que falar com jeito. Ver que às vezes a pessoa, naquele dia, não tá muito legal... Então, espera um outro momento... Aí você vem de novo no outro dia, verifica se tá tudo bem (ACS 4).

Porque eu falo assim: nós temos casos de pessoas que têm deficiência, sofrimento mental, que tá muda, que é grave... Tem gente que, quando descobre que tem alguém na área envolvido... ele nem aproxima do portão. E muitas das vezes, por causa de uma palavra que você fala, você consegue fazer com que aquela pessoa repense o que tá fazendo e ele sai... Ele procura um tratamento. Entendeu? (ACS 3).

Situações específicas concretas ensinam sobre as práticas das ACS. Uma delas, em que uma senhora com diagnóstico de esquizofrenia e tratamento psiquiátrico anterior realizado em outro município e em outras instituições de saúde, é conhecida há anos pela Agente:

No caso dela, aconteceu o seguinte: a tentativa ainda continua. Não desistiram dela, ainda, né. (...) Mas há casos e casos. (...) Mas eu acho que o caso dela ainda não é em vão. Ainda tá... a gente tá, ainda, tentando. Mas eu acho que demora muito. Tem muito tempo, poderia ter mudado um pouco a situação. E o caso dela, não é só o problema de saúde que ela tem; é o caso como ela vive na família. A assistente social foi lá e viu. A psicóloga também já veio... (ACS 2).

Nessa fala observamos como a proximidade da ACS permite ampliação do olhar e, conseqüentemente, da avaliação clínica. Ao mesmo tempo em que esta agente procura suporte da equipe em diferentes momentos, considera não só aspectos específicos do transtorno mental, como também as condições de relacionamento com a família. Na entrevista, houve posteriormente nova menção à usuária:

Agora, pra você ter uma ideia: ela vem sozinha agora na Unidade, tomar injeção; nem com o pai é! Antes era o pai que tinha que levar, era aquela briga pra pegar o ônibus... Agora, pra você ter uma ideia, aqui na Unidade, ela pega o cartão dela, com a receita, e vem! Então, essa melhora, realmente, teve (ACS 2).

Talvez a entrevista tenha servido como dispositivo de reflexão sobre a prática, permitindo a essa Agente outra significação sobre os ganhos obtidos em manejos específicos. Em outros momentos, ACS mencionaram o aprendizado com a própria prática e como a construção de vínculo com usuários(as) considerados(as) graves permitiu pequenos avanços, havendo alteração na vida de cada um.

Quanto aos usuários acompanhados pela equipe de saúde mental, o tratamento foi transferido para a UBS através de algum contato entre os CAPS e a UBS ou a partir de orientação ao próprio usuário que estivesse em condições de “assumir” essa conduta. Nenhuma das entrevistadas relatou ter contato direto com a equipe dos serviços especializados de saúde mental. Mas as mudanças e melhorias com essa transferência de tratamento para o serviço mais próximo de casa foram indicadas por todas. O trabalho das ACS teve também uma melhora, a partir desses encaminhamentos.

Olha, deles terem passado o controle deles pro Posto e ter alguém da saúde mental, lá... (...) Aí a gente tem mais contato com eles, também; eles sabem o dia de consulta... Tem que às vezes ser... como se fosse a família, mesmo, pra poder... Igual assim, ele perdeu o dia da consulta, perdeu a consulta. Aí eu fui lá no Posto, pra ver que dia que era (...). Aí, assim, fica um elo mais forte (ACS 1).

Até mesmo a ocorrência de um grupo de convivência, com público-alvo de pacientes com depressão, recebeu avaliação semelhante, na entrevista:

Eu vejo que ainda, a gente precisa melhorar mais, a gente ver outros caminhos... pra gente conseguir abranger esses, que a gente vê que é os que mais precisam. No todo, aqueles que já estão indo, tão super satisfeitos. Pessoas que nunca... era fechado, não falava... e você via, assim, sentado na roda, fazendo artesanato, rindo, brincando, falando... Aí de repente ela começa a falar sobre a vida dela. Lá não é pra expor... mas ela sente aquela necessidade de falar. Então, a gente ouve, né? E aí você vê que aquela pessoa começa a criar vínculo: te vê, abraça, ‘não, não esquece não’ — então a gente vê aquela cobrança; a gente vê que é aquela coisa de quem tá indo e tá funcionando bem (ACS 4).

Vários(as) autores(as) brasileiros(as) têm publicado trabalhos sobre as mudanças discursivas e práticas adquiridas com a Reforma Psiquiátrica. Conte *et al* (2004) afirmam que trabalhar em saúde, considerando uma aliança terapêutica baseada na solidariedade, afetividade e sociabilidade, é colocar-se disponível, deixando o outro falar e estando em posição de escuta. Ao abordar o sofrimento psíquico, trabalhadores(as) entram no mundo dos afetos de cada usuário(a), com o intuito de descobrir novas formas de se relacionarem e viverem. Uma concepção como essa leva a diferentes formas de agir em saúde, por priorizar o que cada indivíduo pensa sobre seu sofrimento/existência e o seu direito de cidadania. Aposta-se, nessa visão, em uma mudança na lógica de cuidado, com maiores chances de promover uma assistência de fato integral, “vislumbrando a possibilidade de promover saúde física, mental e cidadania em toda ação de saúde” (Conte *et al.*, 2004, p. 64).

Muitas vezes a gente tem que trabalhar com aquilo que a gente tem na mão. Tentar melhorar com aquilo que a gente tem. (...) Aí vai a responsabilidade, discernimento — é você olhar para o outro de uma maneira diferente... Com outros olhos, colocando no lugar daquela pessoa... Você olhar praquela família e falar assim “E aí? Se fosse a minha família, como que iria ser tratada?” (...) Porque você se colocando no lugar do outro, você não vai fazer com o outro aquilo que você não quer que seja feito com você. É o amor mesmo, é o cuidado (ACS 4).

Paula (2011) demonstra como essa modalidade de organização da assistência traz desafios, devido à “exigência que esse tipo de organização do trabalho traz para o trabalhador da saúde na Atenção Básica, quanto ao manejo de diferentes demandas e exigências quanto a múltiplas habilidades e conhecimentos” (Paula, 2011, p. 79). Esta autora enfatiza a importância de uma implicação subjetiva associada ao conhecimento técnico, definindo “o trabalho em saúde como um agir em saúde” (Paula, 2011, p. 114). O estudo da bibliografia sobre o tema e a prática permitem afirmar que isso é ainda mais intenso no que concerne aos cuidados em Saúde Mental.

Barros *et al.*, por sua vez, afirmam que “cuidar é mais que um ato: é uma atitude” (2007, p. 817), o que pressupõe, além da atenção, uma preocupação, responsabilização e desenvolvimento afetivo com aquele que recebe os cuidados. Ponto consoante com a clínica basagliana, por considerar essa implicação do profissional — o que concerne ao usuário, concerne também ao trabalhador. É uma forma inovada de produção de saúde que exige modificação dos processos de trabalho em equipe, com apropriação coletiva da assistência prestada, e por consequência, novas formas de responsabilização. Essa ideia me parece ter sido comprovada em diversas falas das ACS entrevistadas.

Alguns temas discutidos, ou mesmo certas vivências práticas, parecem sensibilizar ACS por denunciarem a necessidade de vinculação e de ampliação do olhar enquanto profissional de saúde. Na pesquisa de Furlan (2008) percebeu-se que o tema “saúde mental” e “família” marcou os participantes particularmente, “pelo conteúdo subjetivo e pelo aprendizado relatado em reconhecer o outro, a lidar com ele, a estar numa relação” (Furlan, 2008, p. 100). Várias falas das entrevistadas apontam, nesse mesmo sentido, para a melhoria na lida com o usuário, após certo tempo de convívio:

Além de nós fazermos o nosso trabalho, criamos vínculo, pra dar suporte às famílias (ACS 3).

Cê vê que tem aquele vínculo; eles não esquecem! Nunca esqueceu. Então tem isso, você cria o vínculo com eles. Depois que você cria aquele vínculo, eles confiam em você. Mas até você ganhar essa confiança deles, é um trabalho... É um trabalho ali, contínuo, com jeito, com carinho (ACS 4).

É curioso observar que as mudanças são também, de algum modo, na subjetividade dessas trabalhadoras:

Depois que eu me tornei agente de saúde, eu me tornei uma pessoa melhor. A gente consegue ver... tem muitas coisas, consegue aprender... Você pega uma experiência de vida, não só trabalhando, mas com as pessoas, que você acompanha — que essas pessoas têm algo pra... (...) A gente aprende todo dia; todo dia você tem uma experiência nova, com um usuário seu — assim ele também, com você (...) A gente cresce todos os dias (ACS 3).

Eu falo o seguinte, a gente tá ali pra ajudá-lo, mas às vezes, naquele momento, você sai dali, você sai ajudada. (...) É um aprendizado diário: você e as pessoas que te acompanham (ACS 4).

Cada município organiza a formação técnica e preparatória para ACS de uma determinada maneira. Frequentemente a categoria inicia na função sem conhecimento do trabalho específico a ser desenvolvido (Furlan, 2008). É comum a queixa de não passarem por treinamento de como lidar com as pessoas, conforme encontrado também nas entrevistas realizadas:

Eles só falam assim, o essencial: você tem que ter uma ética. Você tem que saber... a ética que você tem, é o quê, o que você ouve aqui, você não pode levar ali... Você sabe que tem. Mas a gente nunca passa por um treinamento, do quê que a gente poderia encontrar. Aí... Aí você entra... *[fala chorando]* você acaba adoecendo, porque, no início, você não tem... como que fala... não tem suporte. Na realidade, é suporte. Porque até você conseguir separar o serviço da vida particular. (...) Depois de um tempo, você consegue separar. Mas no início, você passa por essa dificuldade. (...) Acaba pegando pra gente os problemas que a gente encontra (ACS 2).

Depois de algum tempo de prática conseguem “separar” esses problemas, ou de algum modo passam a saber lidar com os mesmos. Houve relato de adoecimento no trabalho, em função da responsabilização adquirida, quando não se conseguiu uma resolutividade à altura do que era esperado. Mas, no grupo entrevistado, houve percepção de mudanças nas relações com os usuários, depois de um tempo trabalhando na função.

É um vínculo, assim, a gente se torna parte da família. Eles — alguns, né, que tem uns que nem recebem a gente — mas os que recebem a gente, tem com a gente assim, um carinho... Igual essa T. mesmo, que eu te falei, que ela não recebia ninguém: eu fui lá na casa dela ontem (...) Aí, ela até, na hora que eu tava indo embora, ela: “não vai não, fica mais um tiquinho! Eu vou fazer um café”. (...) Antes, nem café ela oferecia! Aí ela falou assim, “que tempo que tem que você não vem aqui”. (...) Fica até gostoso! A gente sai até mais emocionada! (ACS 1).

Essa semelhança entre usuários e membros das próprias famílias de ACS é apontada em outras falas, também.

Ela teve aquela confiança — uma coisa tão íntima! Aí você vê que você não pode trair essa confiança do usuário. É muito importante. Que uma vez essa confiança é quebrada, nunca mais é adquirida. Eles confiam. Eles te confiam coisas deles, as coisas íntimas deles, porque eles confiam no seu trabalho. Você se torna amiga, você se torna mãe... Às vezes você chega assim, dá aquele abraço, que não consegue nem respirar... Era aquilo que ele tava precisando, naquele momento. Então, isso é muito importante (ACS 4).

As agentes falam com propriedade sobre o conhecimento que têm das famílias e das pessoas, demonstrando a potência clínica de suas ações. Citam situações em que precisaram ficar o dia inteiro por conta de um determinado problema e intervenções que fazem entre uma pessoa e sua família. Às vezes fazem a orientação de procurar por outro profissional; ou se dispõem a ouvir — ação esta destacada por todas as entrevistadas.

É procurar, estar aberto a conhecer, a ouvir mais e falar menos. Porque o agente de saúde, na verdade, o papel dele, da gente, é orientar, mas também ouvir mais. É ouvir, seja as dificuldades da família (ACS 2).

Já teve vez... quando eu entrei, no meu primeiro ano de agente de saúde, o primeiro caso que eu peguei, eu peguei uma pessoa com depressão grave, com um 38 apontado pra própria cabeça. Eu fiquei lá a manhã inteira, na casa dessa pessoa... até conseguir tirar a arma dele. E eu não tinha preparo nenhum pra enfrentar isso. Mas... foi Deus que interveio, pra poder dar eu força emocional pra suportar toda aquela pressão e tirar a arma daquela pessoa, pra pessoa não se matar (ACS 3).

Situações delicadas foram recordadas durante as entrevistas, o que sugere que a partir das necessidades encontradas no território é que tais agentes foram se qualificando: a partir da reflexão sobre sua prática e a partir das discussões em equipe.

Eu já tive pessoas que já tentou suicídio, já cortou o pulso... Cê olha pra pessoa, fala assim, “eu não acredito que aquela pessoa passou por esse acontecimento”. Mas enfrentou. Porque muitas das vezes, uma coisa que contam pra você, uma informação que chega pra você... tem pessoas que não suportam ouvir aquela mesma informação que você ouviu. Não tem estrutura emocional, e nem clínica, pra poder ouvir aquilo (ACS 3).

Porque você chega na casa da pessoa, você tem as necessidades do dia, daquela casa, daquela situação... Porque são pessoas, são seres humanos. Hoje você chega, você olha pra pessoa (...), ela quer alguém pra ouvir ela.

Às vezes nem é doença, não tem nada... não é aquela doença. Ela quer uma pessoa pra ouvir — uma mágoa, um ressentimento... Você senta, você ouve, toma um café, você brinca... Quando você sai, a pessoa já tá até melhor. Agora, tem casos, não. (...) Com isso, você forma um vínculo muito forte. É uma coisa assim, sabe, que você fica tão presa àquilo, à questão do outro, aí se torna sua. Onde que tá a questão... como que eu vou separar? Como que você vai ser inerte a uma situação... (ACS 4).

A formação de vínculos intensos contribui para que ACS se responsabilizem de fato pelo cuidado em saúde daquela população. Por onde notamos a importância do trabalho desta categoria profissional para os objetivos da política pública de saúde vigente, baseada em modelos comunitários.

Porém, apesar do vínculo como estratégia de cuidado, a proximidade excessiva leva a outras dificuldades. Com frequência são relatadas agressões verbais por pessoas que se sentem, de algum modo, invadidas por uma ação; algumas vezes, as ACS são assediadas por usuários; condições de serem pessoas vizinhas e frequentarem os mesmos espaços na comunidade:

Se você não podar, aí a pessoa começa a intervir dentro da sua família. Aí prejudica a sua família, entendeu? Porque como nós moramos dentro da microárea, a pessoa sabe onde a gente mora (ACS 3).

Eu acho que a gente devia ter uma atenção psicológica, pra nós... Bem voltada pro nosso lado, porque a gente é tudo, às vezes, dentro de uma casa. (...) A gente até evita; absorver alguma coisa importante e descartar o resto... Mas às vezes é até complicado, pra não envolver, também, com a questão familiar, nossa, né? (...) Igual eu falo lá em casa: o meu serviço nunca acaba (ACS 1).

A gente corre risco o tempo todo; às vezes você é mal tratado, porque vai no Posto, não deu certo alguma coisa, em vez de eles cobrarem lá, não: eles vão cobrar de você, na hora que o agente de saúde chega na casa deles. Aí eles vão te questionar: “ah, o exame lá (...) tá demorando”... Fala com o agente de saúde. “Ah, fui fazer a prevenção e sumiram com minha prevenção” — o agente de saúde: vai te cobrar, de você, entendeu? Ah, mas eu fui consultar, o médico não veio”. Eles cobram. A cobrança é: da Unidade — que a gente é vínculo, né? — e uma cobrança diária da própria população. É uma cobrança diária. Aí acham que você tem que fazer tudo pra eles; eles acham que você tem que resolver; eles querem que você seja Deus na vida deles. Você pega tudo e resolve: faça tudo. Agente de saúde faz tudo. E acaba que muitas vezes a gente acaba fazendo isso! (...) A gente acaba saindo até do limite, da equipe que a gente tem (ACS 4).

Durante a vivência na Unidade, frequentemente eu ouvia a queixa de ACS saberem identificar determinados problemas, mas não terem como solucioná-los. Durante as entrevistas, foi falado que precisariam ter mais conhecimentos, para poderem realizar melhores intervenções. Um achado semelhante a esse foi mencionado também por Furlan (2008): “O ACS é visto como aquele que deve ouvir as pessoas, o que, muitas vezes, causa angústia nesses trabalhadores por não saberem como agir pós-escuta, o que fazer, como reagir” (p. 106). Mas o reconhecimento de que uma intervenção de ACS foi bem realizada parece vir sempre depois, quando o usuário em questão afirma sua eficácia, melhorando também, muitas vezes, a qualidade do seu vínculo com a Unidade de saúde, em decorrência disso.

Nessa variabilidade cotidiana, vemos que o papel da ACS, conforme reconhecido no contexto da presente pesquisa, é uma espécie de mosaico de diversas funções sociais: pai, mãe, psicóloga, tio, enfermeira, melhor amigo, membro de uma família de centenas de pessoas... Sobre a “potência terapêutica” dos ACS, Lancetti (2007) assim os define:

Esses trabalhadores afetivos (...) são, ao mesmo tempo, parte e liderança comunitária e membros da organização sanitária. Eles promovem saúde, cuidam de situações básicas e são a ponta de lança para o exercício de uma microssociologia de fundamento vital e uma pragmática solidária (p. 48).

Nas falas foi destacada a diferença entre os diversos profissionais, entre os que se responsabilizam mais, ou menos, com as necessidades encontradas no território. A postura ética profissional parece ser fator determinante para esse comprometimento.

Em todo meio, tem profissional e profissional. Tem profissional que realmente abraça a causa, que tá ali pra ajudar o ser humano; e tem outros que tá ali simplesmente pra ganhar o seu dinheiro. Isso, tem. Não adianta falar, porque tem. Tem pessoas que se entregam mais ao trabalho... Porque quem trabalha na área da saúde, tem que ter entrega, mesmo. É complicado. E tem outros que põe só... Assim, tá certo que a gente não pode agir só com o coração; a gente tem que aprender a usar mais a cabeça. Mas, também, não tem como usar só a cabeça. Sem o coração. Entendeu? Acho que o que

difficulta é isso aí, falta mais humanização, no caso. Ter essa humanização. Humanização com o povo. Com as pessoas. Que se tiver essa entrega maior, aí funciona, melhor (ACS 2).

Pude observar que as ACS enfrentam desafios diversos, no que se refere ao cuidado em Saúde Mental: não só pela relação com esse público específico, como também por desafios mais gerais da prática. Em relação às atribuições de tarefas, conforme documentos municipais sobre a função ACS, observaram diversos desafios:

Mas, na realidade, a gente faz muito além do que tá ali dentro. (...) O que tá escrito lá e a sua vivência, o que realmente o agente de saúde faz. Aí você vai ver que muita coisa tá fora do que tá no protocolo. Mas a gente faz, mas em prol da comunidade. Pra ajudar. Porque não é a nossa função (ACS 2).

É procurar, estar aberto a conhecer, a ouvir mais e falar menos. Porque o agente de saúde, na verdade, o papel dele, da gente, é orientar, mas também ouvir mais. É ouvir, seja as dificuldades da família (ACS 3).

Apesar das tarefas programadas, ACS afirmam que não é possível seguir a risca esse protocolo:

Ser agente de saúde, trabalhar como agente de saúde, é cheio de imprevistos... Tipo assim, às vezes, ao invés de fazer 6 visitas, você consegue fazer uma. Porque, de repente, cê chega numa casa, e tem um certo problema, você precisa acompanhar mais de perto. Tem que acompanhar até a Unidade... Encaminhar... Então, assim, não tem como estipular, ‘cê vai fazer 6 hoje, amanhã...’ (...) Porque lidar com pessoas, lidar com problema de saúde, você não sabe o que você vai encontrar, quando cê chega lá. Entendeu? Mas o sistema é isso aí (ACS 2).

Nosso protocolo é: você sair, tem uma meta a cumprir. Igual, no meu caso, eu tenho 165 famílias cadastradas. Fora as que não estão, que já chegaram, na minha área. Essas pessoas, você divide por 20 dias, quantas visitas dá. Dividindo esses 165 — que é óbvio que dá mais — dá em torno de 8 visitas por dia. É óbvio que você não vai gastar 8 horas, pra visitar 8 pessoas. Não tem condição de você fazer 1 hora pra cada família. Nesse intermeio, às vezes acontece de você chegar na sua residência, tem um caso de uma pessoa que acabou de chegar na sua área, tá acamada, ferida... automaticamente você desce na Unidade, já comunica com o seu coordenador, avisando, como a pessoa chegou, condições físicas, se é diabético ou não... Já cadastra aquela pessoa, já faz a ficha A dela (...), já encaminha tudo, já faz tudo pra ajudar a família a não ter problemas. A não ter dificuldades pra conseguir o tratamento dessa pessoa (ACS 3).

Quando se deparam com uma condição que julgam ser necessária a intervenção de outro profissional da equipe, as ACS entrevistadas vão à Unidade para comunicar o fato. Dizem que, a rigor, esse encaminhamento só seria feito no momento da reunião com a equipe — mesmo se for usuário do próprio PSF.

Só que o quê que a gente faz: a gente olha o lado humano, da pessoa. As necessidades da pessoa. Porque imagina a pessoa esperar a gente... a reunião é uma vez por semana. (...) A pessoa que tá precisando de atendimento ali, agora. O quê que a gente faz: a gente vai na Unidade, comunica a chegada desse usuário, e já começam os procedimentos. Então, nós, ACS, que faz — não é obrigatório, não é o nosso papel, fazer isso. Mas a gente faz mais além (ACS 3).

De todo modo, nem sempre o diálogo com a equipe de ESF é tranquilo.

Acho meio vago: a gente tem esse elo, mas ao mesmo tempo, a gente não tem muita voz. (...) Porque eu já tinha falado, né? Não foi só uma, duas vezes, não, que era pra poder fazer essa visita. É, porque, assim, como a gente tá na rua, nada melhor... Assim, com certo apoio, também, a gente saber falar, direitinho, o quê que é (ACS 1).

Aspecto que sugere uma necessidade de maior afinação entre profissionais de uma mesma equipe, pois sabemos que a assistência se faz pelas várias categorias.

Aí assim, nós, como agentes de saúde, mas a enfermeira, o médico, tudo, falar a mesma língua. (...) Então, eu falo assim, pra gente ter um apoio, cada um: cada um que a gente perguntar, já falar a coisa certa, pra não ficar aquele... aquele joguinho (ACS 1).

Outro ponto abordado é o preconceito que a população local tem em relação aos usuários identificados como em situação de sofrimento mental. Uma ACS fala sobre o convite que foi feito para participação do grupo de convivência para uma família, na qual havia vários membros em tratamento psiquiátrico:

Eles não vão, falam que não... Porque eles dizem que têm uma certa dificuldade de sair. Quando eu entrei pra ser agente de saúde deles me foi colocado que eles eram pessoas agressivas. (...) Que tinha uma pessoa que gritava o tempo todo, que chorava; que não era pra dar as costas. Quando eu entrei

e... nessa residência, e conheci, e tive o prazer de conhecer essa família, caiu por terra tudo aquilo que eles falavam. Eram pessoas que tavam precisando de alguém para ouvi-los. São pessoas que têm um sentimento... São seres humanos! E eles não agridem ninguém, ninguém. (...) Você chega lá... é uma família comum. (...) São pessoas muito carinhosas. Eles te recebem; a recepção deles é maravilhosa... Mas eles não saem. Eles são restritos ao lar (ACS 3).

Foram mencionadas ainda ações de cunho discriminatório de alguns profissionais de saúde em relação ao público da saúde mental:

Eu tenho pra mim, que o pior dificultador nessa situação toda é o próprio preconceito dos profissionais, entendeu? Das unidades. Porque a gente vê, muitas vezes, são situações que a pessoa chega e “ah, que saco” — faz tudo rápido... Não tem aquela disposição, às vezes, de ouvir, de dar uma atenção... A gente vê um certo preconceito por parte dos profissionais que conhecem aquela área. Mas aqueles que não conhecem — até em médicos, os médicos mesmo, “ah não”... Às vezes ele chega lá com uma queixa, ele quer que alguém o ouça. É um outro lado. Então, eu acho que o pior dificultador é isso. Os próprios profissionais das unidades (ACS 4).

Esta fala exemplifica uma situação comum, na qual profissionais da ESF afirmam não ter preparo para lidarem com “portadores de sofrimento mental” — o que envolve as condições de formação desses profissionais, com a consequente concepção que têm do que seja um transtorno mental. É um dos pontos de desafio para o desenvolvimento das práticas na APS.

0 Matriciamento na UBS

O cuidado em Saúde Mental, como trabalho que se faz em rede e em equipe, requer também a integração com outros setores e profissionais que possuem outros saberes e outros recursos para lidar com os problemas e demandas. Articulação que propicia aumento do sentimento de potência de profissionais e cria novas possibilidades de acompanhamento. A possibilidade de vislumbrar saídas favorece a saúde mental tanto do usuário que demanda quanto do profissional (Gama, 2011). Nas falas, houve consenso em reconhecer a presença da psicóloga na equipe da UBS como marco para as ações de saúde mental:

esta presença permitiu ampliação do acesso a avaliações e acompanhamento com equipe de saúde mental, tanto no território da Unidade quanto em caso de articulação com o serviço de referência (CERSAM). As ACS identificaram inúmeros ganhos pela maior facilidade de deslocamento geográfico das pessoas, bem como por passarem a saber como identificar necessidades de saúde a serem resolvidas com o que denominaram de “apoio”, “vínculo” e parceria entre as diferentes categorias profissionais. Em geral, elas indicaram que a presença e a conduta da profissional de saúde mental permitem uma ampliação do olhar e da avaliação que cada ACS faz da população de sua área. A influência dessa ação sobre o usuário e sobre a ACS foi mencionada diversas vezes:

Depois eu fui começando a entender, a Dra. M. veio, começou a explicar, começou a mostrar o distúrbio e tudo, que tinha tratamento, tinha ajuda, podia melhorar as condições dele... Então, isso foi muito importante. Eu vejo a importância do profissional ali, da área da saúde, quando ele sai com você, ajudando o agente de saúde. Porque a gente bate muito nessa tecla (ACS 4).

As experiências de matriciamento, ou apoio matricial, têm se multiplicado em todo o Brasil, como metodologia de trabalho (Campos, 1999). Pode ser definido como “um novo modo de produzir saúde em que duas ou mais equipes, num processo de construção compartilhada, criam uma proposta de intervenção pedagógico-terapêutica” (Brasil, 2011, p. 13). É uma proposta que considera atuação em uma clínica ampliada, bem como a troca de saberes entre profissionais de diversas categorias. Seu objetivo consiste em “proporcionar a retaguarda especializada da assistência, assim como um suporte técnico-pedagógico, um vínculo interpessoal e o apoio institucional no processo de construção coletiva de projetos terapêuticos junto à população” (Brasil, 2011, p. 14). O profissional matriciador pode contribuir para uma reflexão dos demais profissionais sobre as condutas a serem tomadas pela equipe, assumindo um importante papel na mudança do ponto de vista sobre as situações clínicas encontradas pelas equipes matriciadas.

Perguntei, nas entrevistas, se houve algum tipo de capacitação para atuação na saúde mental, e todas apontaram que esse tema só passou a ser abordado após o início das atividades de profissionais deste campo. Todavia, é possível afirmar que o trabalho da equipe de saúde mental da UBS se divide em assistência aos “casos graves” — priorizados pela equipe — e reuniões de matriciamento com a equipe de ESF — nela incluídos as ACS. Assim, são formadas duas frentes de atuação: uma diretamente com os usuários, com acompanhamento clínico; e outra de capacitação para que a equipe da Unidade responda às necessidades de saúde e incremente suas condições de trabalho. Por isso, ao falar sobre pessoas específicas, as ACS mencionaram mudanças em si, em sua própria percepção sobre o problema apresentado, e nos usuários acompanhados — mudanças decorrentes também da organização do trabalho em equipe. Há mudanças práticas que certas configurações discursivas ajudam a delimitar.

Sobre o trabalho conjunto com ACS — entre visitas e discussões de casos — Lancetti (2007) afirma:

A metodologia tem como um de seus pilares a discussão sistemática de casos das equipes de saúde mental com as equipes de saúde da família. A esta prática o Ministério da Saúde deu o nome de Apoio Matricial. Nome pobre, a matriz evoca algo fantástico que é a maternidade, mas também um mecanismo fixo, deixando de contemplar um aspecto fundamental da prática que é o que se faz em movimento, como atender juntos e outros recursos peripatéticos (p. 35).

Nesse arranjo as ações acabam se organizando de acordo com as características do território e também da equipe que nele atua. Na UBS referida, as práticas conjuntas estavam em processo de construção, com vinculação progressiva entre a equipe de saúde mental e a equipe de saúde da família. Mas o diálogo com os serviços especializados — entre eles, os CAPS — no município, estava ainda por ser feito, conforme apontado nas entrevistas:

O agente de saúde não tem nenhum acesso, de uma forma... direta, com o Centro de Saúde Mental, com o Cersam. Ele não tem esse contato direto. É tudo via unidade de saúde, unidade de saúde via Cersam. A gente não tem

esse contato direto. Então ficava difícil pra gente acompanhar a situação, o quê que tava acontecendo com ele. (...) Tem que ter linha direta. (...) Olha como que seria bom, eu conseguir ter acesso, direto ao profissional, que tá acompanhando a pessoa que tem aquele problema (ACS 2).

Esse pouco diálogo dos CAPS com os membros da APS parece levar a uma “sensação de desamparo” na atuação dos últimos, como também indicado por Gama (2011, p. 144).

Fonseca (2006), por sua vez, menciona a importância do empoderamento dos profissionais que trabalham com promoção de saúde, no sentido de ganharem ou assumirem determinada capacidade para lidar com eventos e situações cotidianos diversos. Capacitar os agentes seria, portanto, uma prioridade, já que representam fonte de recursos múltiplos na vinculação entre a unidade de saúde e a população adscrita. Talvez possamos considerar, assim como Sousa (2007), que “os ACS são assim agentes de Saúde Mental, protagonistas da Reforma Psiquiátrica Brasileira, alertando para o fato de que não é apenas a criação de serviços que vai romper a lógica manicomial” (p. 86), tampouco apenas a criação e fortalecimento de uma rede de atenção substitutiva ao hospital psiquiátrico. É preciso investir na formação de trabalhadores, ligada ao funcionamento concreto das unidades de saúde e necessidades da população que as tenham como referência sanitária.

Na UBS ocorreram momentos profícuos de capacitação cotidiana, a partir das discussões em equipe; ainda que como prática incipiente, os atores envolvidos parecem ter tido um encontro feliz, no sentido de se aliarem e começarem a produzir novas práticas, antes inexistentes na Unidade. As reuniões, dispositivo inicialmente apenas burocrático, acabaram contribuindo para uma melhor assistência e sendo revitalizadas.

Considerações Finais

O diálogo entre profissionais de diferentes categorias é condição para realização das atribuições na assistência à saúde. As situações clínicas mencionadas demonstram que a oferta de um vínculo maior e talvez mais permanente já é uma possibilidade de melhora para os(as) usuários(as). Sabemos das dificuldades de fixação dos profissionais de nível superior, principalmente do profissional médico, nos diferentes serviços da APS, o que é um desafio em diferentes locais no Brasil. Podemos afirmar que a transformação das práticas de cuidado não concerne somente a uma alteração técnica: ela requer mudanças na formação dos profissionais, nos processos de trabalho, nas relações e nas pessoas envolvidas. Assim, a atuação de ACS é estratégica para maior integralidade e qualificação da atenção. Seria preciso criar um outro modo de “saber fazer” nessa prática e questionar-se a partir da experiência concreta, tendo espaços para reflexões que repercutem de volta nessa prática. E sustentar práticas de promoção de saúde e que não corroborem modelos centrados nos saberes médicos/medicalizantes.

Os espaços coletivos para constituição do cuidado são particularmente importantes, por permitirem a circulação de saberes diversos, entre ACS e outros atores. O dispositivo do matriciamento se torna de fundamental importância, por garantir um espaço desse tipo. Com ele temos possibilidades de fortalecimento de vínculos entre profissionais, em si; e entre esses e pessoas usuárias do SUS. Resta o desafio de maior integração das práticas, nos diferentes contextos: a saúde mental faz parte dos problemas de saúde de dimensão coletiva que correm risco de serem encaminhados aos especialistas, mas com os quais toda a equipe se depara.

Espero, com este trabalho, demonstrar pontos importantes no que concerne ao papel de ACS nos cuidados diversos ligados à saúde mental. Essa

categoria tem demasiada importância para a assistência em Saúde Mental, por permitir um contato não só técnico com o público e por realizar ações de impacto na cultural local da comunidade em que está inserida determinada equipe de saúde. Justamente por modular o vínculo entre a comunidade e a equipe de saúde, são as ACS quem potencialmente integram as pessoas nas diferentes áreas de atenção, mediando também a relação delas com o restante da equipe.

Considerando as alterações macropolíticas nos diferentes governos, com desfinanciamentos e mudanças legislativas — em especial aquelas ocorridas entre 2016 e 2022 — a APS, contudo, resiste. Diferentes alianças entre os níveis de gestão — federais, estaduais e municipais — precisam ser repactuadas. Profissionais se empenham em sustentar as políticas nas realidades locais, com maior ou menor apoio da gestão local. A Lei 14.536/23, ao regulamentar a profissão de ACS, representa um reconhecimento desta função e contribui para aumento da resolutividade na assistência em saúde (Brasil, 2023). Fica indicada, ainda, a importância estratégica que a própria APS tem para organização da atenção no SUS. Dedico às ACS, para finalizar, uma referência ao campo da ética da Psicanálise, devido a uma preocupação permanente em meu próprio fazer, aprendida com as participantes dessa pesquisa, por demonstrarem “aquela penetração incontestável que é às vezes a do não-especialista — seu afastamento talvez lhe permita melhor perceber os relevos do que o especialista não pode fazer mais que soletrar” (Lacan, 1964, p. 100).

Referências

AMARANTE, Paulo. **Saúde Mental e Atenção Psicossocial**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2007. BARROS, Sônia *et al.* Práticas inovadoras para o cuidado em saúde. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, 41(spe), 815-819, 2007. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/reeusp/a/J4DPK7nKhKgzpF9tRSRV-qzb/#>. Acesso em: 29 jan 2024.

BASAGLIA, F. (org.) **A instituição negada**: relato de um hospital psiquiátrico. Rio de Janeiro: Graal, 1985.

BRASIL. **Lei 10.216, de 06 de abril de 2001.** Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais redireciona o modelo assistencial em saúde mental. Brasília, DF: Presidência da República, [2001]. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/leis_2001/110216.htm. Acesso em: 12 dez. 2023.

BRASIL. **Lei 11.350, de 05 de outubro de 2006 — B.** Regulamenta o § 5º do art. 198 da Constituição Federal, dispõe sobre o aproveitamento de pessoal amparado pelo parágrafo único do art. 2º da Emenda Constitucional nº 51, de 14 de fevereiro de 2006, e dá outras providências. Diário da Câmara dos Deputados, 06 out. 2006. Disponível em: <https://www2.camara.leg.br/legin/fed/lei/2006/lei-11350-5-outubro-2006-545707-publicacaooriginal-58977-pl.html>. Acesso em: 21 dez. 2023.

BRASIL. **Lei nº 14.536, de 20 de janeiro de 2023.** Altera a Lei nº 11.350, de 5 de outubro de 2006, a fim de considerar os Agentes Comunitários de Saúde e os Agentes de Combate às Endemias como profissionais de saúde, com profissões regulamentadas, para a finalidade que especifica. Brasília, DF: Presidência da República, [2023]. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2023-2026/2023/lei/114536.htm. Acesso em: 30 jan. 2024.

CAMPOS, Gastão Wagner. Equipes de referência e apoio especializado matricial: um ensaio sobre a reorganização do trabalho em saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, 4(2), 393-403, 1999. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csc/v4n2/7121.pdf>>. Acesso em: 01 dez. 2023.

CAMPOS, Gastão Wagner. **A Clínica do Sujeito:** por uma Clínica Reformulada e Ampliada. **Publicações Pró-Saúde**. São Paulo, 1997. Disponível em: <https://www.pucsp.br/prosaude/downloads/bibliografia/CLINICAampliada.pdf>. Acesso em: 01 dez. 2023.

CONTE, Marta. *et al.* Redução de danos e saúde mental na atenção básica. **Boletim da Saúde**, Porto Alegre, vol. 18, n. 1, jan. 2004. Disponível em: <http://www.boletimdasaude.rs.gov.br/conteudo/1272/reducao-de-danos-e-saude-mental-na-perspectiva-da-atencao-basica>. Acesso em: 02 dez. 2023.

DRUMMOND JUNIOR, Marcelo Arinos. **Ações de saúde mental por agentes comunitários de saúde: investigando uma experiência de saúde mental na atenção básica.** Dissertação (Mestrado em Psicologia), Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2009.

FONSECA, Karla. **Saúde Mental: a percepção do grupo de agentes comunitários de saúde**. 2006. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) Universidade Estadual de Campinas, Campinas, 2006.

FURLAN, Paula. **Veredas no território: análise da prática de agentes comunitários de saúde**. 2008. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) Universidade Estadual de Campinas, Campinas, 2008.

GAMA, Carlos. **Saúde mental na atenção básica: as relações entre a subjetividade e o território**. 2011. Tese (Doutorado em Saúde Coletiva) — Universidade Estadual de Campinas. Campinas, 2011. Disponível em https://www.fcm.unicamp.br/fcm/sites/default/files/tese_carlos_gama.pdf. Acesso em: 05 nov. 2023.

GONÇALVES, Paulo. A Unidade de Referência e a Equipe Volante. *In*: LANCETTI, A. (org.). **Saúde mental e Saúde da Família**. São Paulo: Hucitec; 2001. p. 109-116.

LACAN, J. **Seminário, livro 11: os quatro conceitos fundamentais da psicanálise (1964)**. Rio de Janeiro: Zahar, 2008.

LANCETTI, Antonio. Saúde mental nas entranhas da metrópole. *In*: LANCETTI, A. (org.). **Saúde mental e Saúde da Família** (Saúde e Loucura, 7). São Paulo: Hucitec, 2001. p. 11-52.

LANCETTI, Antonio. **Clínica Peripatética**. São Paulo: Hucitec, 2007.

MINISTÉRIO DA SAÚDE (BRASIL). **Portaria No. 1886, de 18 de dezembro de 1997**. Aprova as Normas e Diretrizes do Programa de Agentes Comunitários de Saúde e do Programa de Saúde da Família. Diário Oficial da União: 22 dez. 1997. Disponível em: <https://www.legisweb.com.br/legislacao/?id=181515>. Acesso em: 19 jan. 2024.

MINISTÉRIO DA SAÚDE (BRASIL). **Decreto 3189, de 04 de outubro de 1999**. Fixa diretrizes para o exercício da atividade de Agente Comunitário de Saúde (ACS), e dá outras providências. Diário Oficial da União, 04 out. 1999. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto/D3189.htm. Acesso em: 19 jan. 2024.

MINISTÉRIO DA SAÚDE (BRASIL). **Circular Conjunta 01/2003. O Vínculo e o Diálogo Necessários.** Inclusão das ações de Saúde Mental na Atenção Básica. Brasília: 2003. Disponível em: [http:// www.pucsp.br/prosaude/downloads/bibliografia/diretrizes_saude_mental_atencao_basica.pdf](http://www.pucsp.br/prosaude/downloads/bibliografia/diretrizes_saude_mental_atencao_basica.pdf). Acesso em: 30 jan. 2024.

MINISTÉRIO DA SAÚDE (BRASIL). **Portaria no 648/GM de 28 de março de 2006.** Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica para o Programa Saúde da Família (PSF) e o Programa Agentes Comunitários de Saúde (PACS). Brasília: 2006 A. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/prtGM648_20060328.pdf. Acesso em: 30 jan. de 2024.

MINISTÉRIO DA SAÚDE (BRASIL). **Saúde da Família: avaliação da implementação em dez grandes centros urbanos: síntese dos principais resultados.** Brasília: Ministério da Saúde, 2005.

MINISTÉRIO DA SAÚDE (BRASIL). **Guia Prático de Matriciamento em Saúde Mental.** Brasília: Ministério da Saúde, 2011.

PAULA, Patricia. **Saúde mental na atenção básica: política, trabalho e subjetividade.** 2011. Tese (Doutorado em Psicologia) – Universidade de São Paulo, São Paulo, 2011.

SOUSA, Gianne Carvalho. **O Agente Comunitário de Saúde e a Saúde Mental: percepções e ações na atenção às pessoas em sofrimento mental.** 2007. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Universidade de São Paulo, São Paulo, 2007.

TRAPÉ, Thiago Lavra. **O agente comunitário de saúde e a saúde mental: faces e interfaces.** 2010. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) – Universidade Estadual de Campinas, Campinas, 2010.

CAPÍTULO 2

TRANSTORNAR-SE COMO ATO CLÍNICO: SUBJETIVIDADES HÉTERO-CIS-DISSIDENTES PSICOPATOLOGIZADAS

Maria Eduarda Parizan Checa

Doi: 10.48209/978-65-5417-249-2

Resumo: Este trabalho busca problematizar a psicopatologização de gêneros e sexualidades dissidentes pelo discurso psicanalítico. Ao sustentar-se por uma norma de desenvolvimento psicosexual, a clínica psicanalítica perde de vista sua própria submissão ao regime colonial-capitalista, que confere ao falo e aos modos de vida hetero-cis-normativos um lugar estratificado e pouco receptivo ao *pathos*. Transtornar-se como ato clínico é extrair a potência ética e clínica dos transtornos (ou diagnósticos) impostos às subjetividades que não performam gênero e sexualidade dentro da norma. Trata-se, metodologicamente, de uma pesquisa cartográfica que busca produzir uma torção no discurso psicanalítico, para usá-lo em outro sentido. Ao discorrer sobre uma clínica arqueóloga do futuro, ou sobre a desterritorialização do falo, pretende-se que as categorias psicopatologizantes da psicanálise deitem-se no divã. Se a edipianização é a condição para que se desenvolva uma subjetividade conformada dentro da neurose, nós, LGTQIAPN+, que fomos consideradas não edipiazadas, não castradas, ou fixados em alguma fase do desenvolvimento sexual, temos algo precioso à clínica psicanalítica: a destituição da neurose hétero-cisnormativa em nós mesmas. Fazer desse saber um exercício performativo de existência pelo relato cartográfico é o que move essa escrita ao que ela busca, que é fazer do ato de transtornar-se um exercício clínico.

Palavras-Chave: Psicopatologização; Gêneros e sexualidades dissidentes; Clínica psicanalítica; Teoria queer

Introdução

Este texto se dedica a explorar uma questão cuja fragilidade tem importância revolucionária à teoria psicanalítica: as violentas intervenções psicopatologizantes sobre subjetividades que dissidem ao modelo hétero-cis-normativo. Falo, mais objetivamente, de identidades LGBTQIAP⁺¹ e de outras performances cuja existência extrapola as grades identitárias, falo de formas de experimentar o gênero e a sexualidade que não passam pela norma heterossexual e cisgênera, ou, ainda, que existem contra ela. É importante localizar, antes, que este texto traz consigo questões elaboradas na dissertação de mestrado intitulada por “Transtornar-se como ato clínico: uma contra-ficção de gêneros e sexualidades dissidentes”, de minha autoria. Nela desenvolvo com mais delonga o uso discursivo da psicopatologização como dispositivo de silenciamento de subjetividades hétero-cis-dissidentes na clínica e a potência ativa do transtorno psíquico como *queerizador*² da neurose edípica patriarcal.

Neste texto, o que se busca, mais objetivamente, é imaginar diferentes referenciais para o exercício clínico, a partir de uma experimentação subjetiva fora dos ditames heterossexuais e cisgêneros (ou contra eles). Primeiramente, ao elaborar junto ao pensamento de Félix Guattari, a potência da clínica enquanto arqueóloga do futuro, pretende-se deslocar o inconsciente de um território composto sobretudo por partículas cronológicas de um passado (edípico e castrador) e imaginá-lo também composto por outras partículas, orientado por outro *pathos* e constituído por outras territorialidades. Depois, ao trazer o falo como territorialização fundamental do regime de inconsciente colonial-capi-

1 A sigla LGBTQIAP+ refere-se às seguintes identidades sexo-gênero dissidentes (na ordem): lésbicas, gays, bissexuais, transgêneros, queer, intersexuais, assexuais, pansexuais e o símbolo “+” representa tanto a abertura da sigla a outras possibilidades identitárias quanto a própria limitação da sigla em captar todas as experiências sexo-gênero dissidentes existentes.

2 Uso a expressão *queerizarador* trazendo o teor de ação da expressão *queer*, arrastando-a de um *locus* puramente acadêmico e substantivo, para um lugar de ação, de verbo, de potencial movimento em relação às subjetividades queer psicopatologizadas.

talístico³, busco pensar a desterritorialização do falo como movimento ético e pulsional para subjetividades hétero-cis-dissidentes, especialmente as que foram submetidas a diagnósticos psicopatologizantes.

Finalizo essas notas iniciais com um último adendo: pensar, exercer e imaginar o transtorno como ato clínico exige incorporá-lo como exercício ético e pulsional; adentrar o seu funcionamento, portanto é inseparável de transtornar-se junto a ele. No final deste texto, trago, sob a forma de “considerações finais”, uma carta dirigida aos operadores do saber-poder psi (médicos, psicanalistas, psicólogos, etc); esta carta surge como dispositivo ético e estético de escuta às vozes transtornadas. Transtornar-se como ato clínico só é possível quando o transtorno pode ser descolonizado do discurso aniquilador da psicopatologia. Do lado de fora desse lugar, é possível imaginá-lo sendo experimentado e escutado como força pulsional, no seu potencial vivo e combativo para subjetividades não conformadas à norma heterossexual, cisgênera e patriarcal.

Por uma clínica arqueóloga do futuro

Guattari desloca o inconsciente de sua acepção representativa, de teatro do passado, para um território futuro, portador de virtualidades. Ele afirma: “Eu diria que o inconsciente constitui o campo de possível de que um tipo de agenciamento coletivo é portador, tendo assim a ver com o futuro e não com o passado”⁴. Nesse sentido, uma arqueologia do futuro consistiria, em primeiro plano, no direcionamento ético da ação rumo ao desconhecido, rumo ao que faz a clínica lapsar, gaguejar, ao que a interpela. Além disso, trata-se também de compreender as virtualidades de que o inconsciente é portador: como um mensageiro do futuro, que no entanto já estava ali, em sua imanência. A escuta

3 ROLNIK, S. Esferas da insurreição: notas para uma vida não cafetinada. 1a ed. São Paulo: n-1 edições, 2018.

4 GUATTARI, F.; ROLNIK, S. Micropolítica: cartografias do desejo. 10a ed. Petrópolis — RJ: Vozes, 2010, p. 281.

das virtualidades é o que confere ao inconsciente a potencialidade de exercer uma arqueologia do futuro.

Pois é pelo desenho da rachadura que se tem notícia do escombros que vem. Com o que se parecem as rachaduras da clínica? O que resta à clínica em seu próprio desmoronamento? *Quedarse*⁵ em pleno ato de cuidar-se, o cuidado que se instala na queda das estruturas.

Para Guattari, “a subjetividade é plural, polifônica”⁶. E são três os fatores que desmistificam a aparente dicotomia entre indivíduo e sociedade: a presença de questões subjetivas no plano da atualidade histórica; o hiperinvestimento na criação de máquinas subjetivas; a relação inseparável entre questões ecológicas e o modo de funcionamento da subjetividade humana.

Esses fatores nos fazem entender que não é (mais) possível conceber o sujeito do psiquismo neurótico freudiano como referência unívoca e padrão de subjetividade. O indivíduo neurótico de Freud é referente a um contexto histórico vitoriano, europeu, branco, heterossexual e cisgênero. Esse sujeito não viveu uma pandemia em meio à era da tecnologia da informação⁷ da precarização do trabalho. E, sobretudo, esse sujeito não pertence à atual “era neuronal”⁸ da qual somos parte, em que as pessoas morrem dentro de suas casas de depressão enquanto há uma doença viral tomando as ruas. É esse inconsciente que deveria ser escutado em sua potencialidade virtual.

No ponto em que nos encontramos, a definição provisória mais englobante que eu proporia da subjetividade é: “o conjunto das condições que torna possível que instâncias individuais e/ou coletivas estejam em posição de emergir como *território existencial* autorreferencial, em adjacência ou em relação de delimitação com uma alteridade ela mesmo subjetiva.”⁹.

5 *Quedarse*, em espanhol, significa ficar, permanecer em um dado estado. E, ainda que o seu significado não tenha uma relação direta com a queda, no português, senti ressonância com a ideia de que a queda em seu sentido ativo, de ação, poderia ser um verbo: quedar. E *quedarse* se tornou, ao longo da dissertação, um analisador clínico, uma expressão que é, em si mesma, uma potencial operação do assunto tratado na pesquisa.

6 GUATTARI, F. *Caosmose: um novo paradigma estético*. São Paulo: Editora 34, ANO, p. 11.

7 Enquanto escrevo este texto mais de mil pessoas estão morrendo diariamente no Brasil pela pandemia de COVID-19.

8 HAN, B.C. *Sociedade do Cansaço*. Petrópolis: Vozes, 2017. p. 19.

9 GUATTARI, F. *Caosmose: um novo paradigma estético*. São Paulo: Editora 34, p. 19.

O modelo de inconsciente que se tem, orientado pelos nomes do pai, pelo simbólico e pela castração não se implica eticamente no que acontece nas bordas do eu. E, por isso, perde de vista uma parte significativa das mutações subjetivas desterritorializantes do gênero, da sexualidade e da própria neurose. Guattari fala em uma “subjetividade pática”¹⁰, referente aos primeiros contornos de alteridade, presente na infância e que, após a neurotização do sujeito, dela restam extratos nos sonhos, nas criações, nos delírios, no amor.

Para o autor, a “catálise poético-existencial”¹¹ que entra em funcionamento quando estamos diante dessas situações encontra sua eficácia na potência de ruptura do que está semioticamente estruturado no sujeito, colocando em funcionamento uma “subjetividade de emergência”¹² que opera numa lógica distinta da habitual.

Ora, até aqui percorremos um caminho que passou pelo Estado de emergência atual à potência clínica da emergência na subjetividade. Essa subjetividade pática à qual Guattari se refere se faz no desvio da apreensão discursiva padrão, que diferencia sujeito e objeto. A partir do que o autor chama de “pseudodiscursividade”¹³, a subjetividade do pathos se faz no aquém dessa apreensão. “Na raiz de todos os modos de subjetivação, essa subjetividade pática é ocultada na subjetividade racionalista capitalística, que tende a contorná-la sistematicamente”¹⁴.

Que contornos são esses? E em que medida a tradição clínica está implicada em reforçá-los?

A “autopoiese maquínica”¹⁵ desdobra o que Guattari chama de “alteridade ecossistêmica”¹⁶ criando um si mesmo que também é outrem. Trata-se

10 Idem, p. 37.

11 Idem, p. 31.

12 Idem.

13 Idem, p. 37.

14 Idem, p. 38.

15 Idem, p. 66.

16 Idem.

de um processo subjetivo não humano, em que os sistemas de valor (estéticos, religiosos, científicos, etc) se alocam entre o “atual necessário”¹⁷ e o “virtual possibilista”¹⁸. É importante destacar que, para o autor, as máquinas não são estruturas, mas criações emergenciais cujo foco não é sua duração eterna, como pretendem as estruturas, mas sim o seu funcionamento atual. Uma máquina se cria e se destrói conforme é necessário: sua existência se dá para fazer passar um fluxo, para que algo possa acontecer.

Faz-se necessário, diante disso, que se crie uma clínica das subjetividades páticas, emergenciais, cuja ética norteadora de sua ação seja a singularidade da autopoiese de cada processo terapêutico. Guattari fala de “uma consciência autopoietica particular”¹⁹ em cada dispositivo analítico. Podemos considerar que a contra-ficção opera neste texto, por exemplo, como um dispositivo clínico. Mas ela não é a clínica e também não se reduz a ela. É a junção de dispositivos como esse que constitui um analisador capaz de fazer algo acontecer a nível do sujeito. A contra-ficção é um processo maquínico justamente por não se reduzir ao humano, por estar mais próxima do além do homem nietzschiano.

Processos como esse carregam consigo a potência do que Guattari chama de “heterogênese”²⁰, a criação de universos de referência no domínio não discursivo da subjetividade. Primeiramente, é preciso dizer que, para que se possa ser afetada por esse domínio, é preciso que se abandone a ideia de um Ser apriorístico que orienta todas as criações no domínio da subjetividade. Estamos falando do que está nas margens do eu. A heterogênese se refere à produção de um aglomerado subjetivo, partículas de *pathos* invadindo o território subjetivo e criando nele formas mutantes.

O fato de a produção de uma nova compleição real-outro-virtual resultar sempre de uma ruptura de sentido, de um curto-circuito de significações, do aparecimento de uma repetição não redundante, autoafirmativa de sua pró-

17 Idem.

18 Idem.

19 Idem, p. 81.

20 Idem, p. 87.

pria consistência e da promoção de focos de alteridade parciais não “identificáveis” – que escapam à identificação – condena o terapeuta ou operador da saúde mental a um **estrabismo ético essencial**. Por um lado, ele trabalha no registro de uma heterogênese que tem de tudo um pouco, para remodelar Territórios existenciais, forjar componentes semióticos de passagem entre blocos de imanência em via de petrificação... Por outro lado, só pode aspirar a um acesso pático à coisa caótica – no interior da psicose e da instituição – na medida em que ele próprio, de uma forma ou de outra, se recrie, se reinvente como corpo sem órgãos receptivo às intensidades não discursivas. É de seu próprio mergulho na imanência homogenética que dependem suas possíveis conquistas de coeficientes suplementares de liberdade heterogenética, seu acesso a Universos de referência mutantes e sua entrada nos registros renovados da alteridade.²¹

É o “estrabismo ético” da analista/psicóloga, que é indispensável para a produção de um cuidado que não só escuta ativamente as heterogêneses e contra-ficções produzidas no espaço clínico, mas que também existe como intercessor delas. É este estrabismo que permite que uma espécie de cumplicidade mutante se dê entre analista e analisante.

Para acessar “universos de referência mutantes” é preciso mergulhar no rio homogêneo de sua própria potência mutante. Neste ponto, gostaria de ir mais além dizendo que transtornar-se é um ato clínico, por si só; e que o estrabismo necessário à operação ética da clínica está associado a um transtorno do ver, do escutar. E o está na medida em que a transferência é muito mais viva na aproximação das anormalidades ressonantes entre terapeuta e interlocutora do que na função espelho, que aloca a terapeuta numa performance “neutra”, branca como o corpo da biomedicina; neurótica como o efeito de um antidepressivo.

O estrabismo está para o olho como o transtorno de personalidade limítrofe, ou *borderline*, está para a subjetividade. A ética estrábica é também *borderline* porque produz um território comum de anormalização: uma força emerge desse ponto anestesiado quando ele encontra a possibilidade de desanestesiarse no encontro. A potência terapêutica se dá no encontro com a mu-

21 Idem, p. 100 (grifos meus).

tação, encontro pático, de acesso ao que é impossível em mim pelo possível da terapeuta e vice-versa.

Aproximar a potência pática do transtorno de personalidade borderline à ética estrábica, proposta por Guattari, é uma tentativa de tratar, desde outro ponto de vista, a ocupação das margens do eu, psicopatologizada em pessoas diagnosticadas com esse transtorno. Ocupar as margens do eu, flertar com o lado de fora, transitar entre o que se entende como estruturas neurótica e psicótica, é ser inundada pelas partículas páticas, ao passo em que também se é subjetivada pela neurose. A precisão Borderline está, justamente, em não se deixar fechar pela estrutura neurótica, ao não assimilá-la naquilo que se supõe ser sua finalidade, sentir-se um sujeito fechado. E essa visão, longe de romantizar um transtorno, é o que permite extrair dele a potência disruptiva em relação ao que, na neurose enquanto estrutura, é recalcado: suas rachaduras.

A partir daqui, podemos nos perguntar: que relação se pode estabelecer entre essa “subjetividade polissêmica”²² e a contra-ficcionalização da neurose, a implicação clínica na desterritorialização dos componentes heterocisnormativos e neuróticos da subjetividade?

A essa pergunta eu respondo com outra: como fazer do próprio transtorno um ato clínico? Pois, transtornar -se é em si mesmo um ato clínico não significa que ele sempre seja exercido como tal. O exercício de transtornar-se como ato clínico é uma erotização, ou a instalação de um *eros* no ato de transtornar-se.

Erotizar a clínica é um modo de implicá-la na polissemia subjetiva que ela produz quando a presença do paciente desestabiliza a neurose heterocisnormativa do terapeuta e vice-versa. É ocupar a desestabilização, no lugar de analisá-la. Erotizar a clínica não é sexualizar o contato entre terapeuta e paciente, é mais além. Aproximar erotismo e sexo não faz nenhum sentido quando falamos de uma máquina subjetiva não neurótica. Entrar de corpo inteiro na produção contra-ficcional da clínica e borrar as margens que separam o meu lugar nor-

²² Idem, p. 116.

malizador de psicóloga do lugar anormalizado do paciente, isso é erotizar a clínica.

Uma terapeuta psicopatologizada e um paciente normal; u m terapeuta em sofrimento e uma paciente também em sofrimento; uma terapeuta neurótica e um paciente psicótico; uma terapeuta psicótica e um paciente neurótico; um terapeuta trans e uma paciente cis; um terapeuta racializado e um paciente branco; duas mulheres pretas, uma terapeuta e outra paciente; uma terapeuta pansexual e um paciente não-binário; uma terapeuta cigana e um paciente neopentecostal.

Conforme esses lugares vão sendo possíveis de existir como lugares de fala (em vez de lugares psicopatologizados) na clínica é que a escuta institucionalizada, teorizada e normalizada da/o terapeuta se deixa cair. E *quedarse* nas ruínas é ser arqueóloga do futuro, é pensar na clínica que vem quando o que a sustentava não mais funciona eticamente.

Nesse sentido é que a clínica escuta a dimensão pática da subjetividade. A clínica é uma operação erótica, mutante e *borderline* na medida em que ela se deixa invadir pelo *pathos*, no lugar de interpretá-lo, enquadrá-lo numa semiologia psicopatológica. E o *pathos*, ao invadir a subjetividade da terapeuta, provoca um espaço de ressonância entre o fora da sujeita terapeuta, que é – não por acaso – o mesmo fora da sujeita interlocutora. Cria-se um plano de imanência do e no encontro. E a partir deste encontro é que um exercício ético se torna possível.

É preciso se desnormalizar para escutar as potências contra-ficcionais dessintonizando a narrativa que se ouve. Como uma estação de rádio que, já distante das antenas que sustentam sua limpidez sonora, deixa-se invadir pelos ruídos. Não há outro modo de enfrentar a normalização a não ser produzindo uma (contra)narrativa que a desestabilize. E essa produção só é possível nas bordas da escuta, nas bordas da subjetividade.

no planalto
o espaço é ilimitado
se não te estancas na borda
uma força talvez te aspire
ou tropeces talvez
em direção ao oco²³.

Em intervenção feita durante a 49ª Jornada da Escola da Causa Freudiana, Paul Beatriz Preciado²⁴ traz à tona o comprometimento histórico da psicanálise com o regime neurótico e edípico de diferença sexual. Regime este que pode ser analisado como uma elaboração moderna e biopolítica do patriarcado, uma vez que separa homens e mulheres de acordo com sua força de trabalho reprodutora. Nessa escala, seria óbvio dizer que pessoas não heterossexuais e não cisgêneros ocupam um lugar de abjeção psíquica por não serem *passáveis* ao crivo normativo do desenvolvimento psicosssexual.

Nesta fala, Preciado pede um posicionamento da psicanálise em relação às violências heterocisnormativas que engendram uma considerável parte da psicopatologia sobre pessoas heterocisdissidentes.

A psicologia não é uma crítica desta epistemologia dominante, mas sim a terapia necessária para que o sujeito patriarcal-colonial continue funcionando, apesar dos custos psíquicos enormes da violência indescritível deste regime.²⁵.

Funcionar apesar da violência é funcionar de modo conivente à violência. Como se implicar na destruição das estruturas que, sob o pretexto de cura, violentam e silenciam subjetividades heterocisdissidentes? Para tal, caberia questionar a supremacia da neurose e a centralidade do falo no desenvolvimento psíquico como ferramenta de descolonização. Que subjetividades estamos comprometidas/os a ouvir? Para *Quedarse* nas ruínas e cuidar da produção

23 PEDROSA, V. A árvore aquela. São Paulo: Cosac Naify, 2015. Ebook, posição 235.

24 PRECIADO, P. B. Intervenção na 49ª Jornada da Escola da Causa Freudiana, ocorrida em 17 de novembro de 2019. Texto disponível em: <http://lacanempdf.blogspot.com/2019/12/paul-b-precia-do-intervencao-na-49.html> Acesso em 22 de janeiro de 2020.

25 Idem, s/p.

contra-ficcional de subjetividades heterocisdissidentes é preciso exercer um *gérmen* mutante enquanto terapeuta.

2. “*Bicha é tudo afetado, sapatão é tudo mal comida*”: desterritorializando o falo:

homens que desejam “ser” o falo para outros homens, as mulheres que desejam “ter” o falo para outras mulheres, as mulheres que desejam “ser” o falo para outras mulheres, homens que desejam tanto “ter” como “ser” o falo para outros homens em um cenário no qual o falo se desloca não só entre as modalidades de ter e ser, mas entre parceiros dentro de um circuito volátil de troca, homens que desejam “ser” o falo para uma mulher que o “tem”, mulheres que desejam “ter um falo” para um homem que o “é”²⁶.

O que Guattari chama de “Universos de referência” – que não são discursivos em si mesmos até que algo os formalize – está próximo do que Butler afirma sobre a centralidade do falo no simbólico. Ora, do mesmo modo que um universo de referência nada mais é do que um conjunto de curtos-circuitos agrupados em uma forma socialmente, culturalmente e subjetivamente conivente a um propósito ético, estético e político, o falo não era central na economia psíquica até ser inserido (culturalmente, socialmente) no simbólico e, assim, centralizar o desenvolvimento subjetivo em universos de referência míseros e heterocisnormativos.

Butler destaca a resistência presente nas subjetividades femininas que não renunciam ao desejo de ter o falo: mulheres lésbicas, não heterossexuais, heterossexuais não heterocisnormativas, etc; e a importância dessa resistência no registro simbólico da psique. Pois, se o simbólico é regido pelos nomes do pai, pela castração e pela assunção de uma posição sexuada cuja referência é o masculino; e, ainda, se é nesse registro que um “eu” neurótico pode ser afirmado, então há uma correspondência entre a assunção de uma identidade heterocisdissidente e a existência afirmativa de uma subjetividade neurodissidente²⁷.

26 PRECIADO, P. B. Intervenção na 49ª Jornada da Escola da Causa Freudiana, ocorrida em 17 de novembro de 2019. Texto disponível em: <http://lacanempdf.blogspot.com/2019/12/paul-b-precia-do-intervencao-na-49.html> Acesso em 22 de janeiro de 2020.

27 Utilizo aqui o termo neurodissidente para me referir às subjetividades não neuróticas ou não edipianizadas.

Que essa visão de um futuro sexualmente diferente legitimado seja interpretado por alguns como uma imaginação meramente vã atesta a prevalência de uma psique heterossexual que deseja restringir suas fantasias heterossexuais ao domínio do culturalmente impossível ou a sonhos e fantasias passageiras. Lacan fornece essa garantia, preservando o heterossexismo da cultura ao relegar a homossexualidade à vida irrealizável de fantasia passageira. Portanto, afirmar a irrealizabilidade da homossexualidade como sinal de fraqueza no domínio simbólico é confundir o efeito mais insidioso do simbólico como um sinal de sua subversão. Por outro lado, a entrada da homossexualidade no simbólico não surtirá grande alteração se o próprio simbólico não for radicalmente alterado no curso dessa admissão. Na verdade, a legitimação da homossexualidade terá que resistir à força da normalização para uma ressignificação *queer* do simbólico expandir e alterar a normatividade dos seus termos²⁸.

Em outras palavras, a entrada das performances heterodissidentes no simbólico é necessariamente uma alteração da norma que os constitui nesse lugar. Então, é coerente dizer que, com as performances dissidentes, entra também a afirmação de uma *subjetividade neurodissidente*. Um modo de constituir-se sujeito que extrapola a neurotização edípica a que chamamos normalidade, neurose, etc.

É importante destacar que ao afirmar isso eu não estou presumindo que todas as pessoas cujas performances sexual e de gênero sejam dissidentes sejam pessoas não neuróticas ou anormais; ou que todas as pessoas que foram colocadas por seus psicodiagnósticos fora do território da neurose sejam pessoas LGBTQIAP+.

Ao aproximar as dissidências sexuais e de gênero do que chamo de *neurodissidência*, estou puxando a psicopatologização que já recai sobre muitas dessas pessoas para uma afirmação de cunho ético. Pois é sabido que a psicopatologização operacionalizada sobre pessoas de sexualidade e gênero dissidentes é, antes de tudo, um jogo de saber-poder; é uma postura colonizadora que as marginaliza como “loucas” e “emocionalmente instáveis”, produzindo sobre suas subjetividades um apagamento, um aniquilamento, uma violação.

28 BUTLER, J. *Corpos que importam: os limites discursivos do “sexo”*. São Paulo: n-1 edições, 2019, p. 194. Grifos meus.

Ao reaproximá-las desse território no qual elas são constantemente lançadas (da anormalidade psíquica), ao dizer que a constituição de subjetividades neurodissidentes está associada a uma desterritorialização do falo, estou afirmando não apenas que essas subjetividades existem dentro do registro simbólico da psique, mas também que o movimento de desterritorialização que acontece quando elas passam a existir é um movimento pulsional e, portanto, de caráter ético²⁹. Se estamos falando de um inconsciente pulsional, cujo crivo de análise seja o exercício da pulsão, negar a entrada desse outro *modus operandi* subjetivo no registro simbólico é, no mínimo, resistência do analista.

E a importância de trazer isso à tona para dentro da clínica e da vida é, no fim, muito prática: que nós paremos de morrer, no sentido mais concreto do termo. Para Butler, o que coloca a homossexualidade num lugar de abjeção e que institui as violências lgbtfóbicas é a própria identificação com essas performances sexuais e de gênero. Como essa identificação está reprimida, não pode se concretizar – pois a lei do simbólico não a permite –, a abjeção a concretiza ao contrário: repudia-se o que não se pode concretizar, mas que está concretizado naquele outre. As violências lgbtfóbicas se dão por “uma identificação que institui a abjeção e a sustenta”³⁰.

Portanto, é sabido que as performances heterocisdissidentes estão presentes no registro simbólico, mas são assimiladas nessa ordem de identificação abjeta, são assimiladas como aquilo que não é possível de ser assimilado. Restando à simbolização a abjeção que constitui o imaginário coletivo sobre o que está fora dos ditames heterossexuais e cisgêneros.

E, sendo essa a única assimilação possível pelo simbólico, uma vez que este é regido pela castração edípica heterossexual, todes que vivem culturalmente sob essa normativa são afetados por ela. Pensemos, a partir daqui, em como se organiza a psique de uma mulher lésbica, de um homem transsexual,

29 SCHIAVON, J. P. Pragmatismo pulsional: clínica psicanalítica. São Paulo: n-1 edições, 2019.

30 Idem, p. 196.

de uma travesti, de uma pessoa assexual panromântica. Se lhes resta a auto-abjeção, que eu é passível de voz nestas subjetividades? Que eu possa passar, existir, aparecer, se fazer pessoa?

“Se alguém entra na vida sendo chamado ou interpelado por termos injuriosos, como esse alguém poderia ocupar a interpelação e os lugares que já ocupa para dirigir as possibilidades de resignificação contra os objetivos da violação?”³¹ Se a única voz audível é a voz heterocis em cada um de nós, o que resta a essas vozes outras nos processos de subjetivação? Adjacente a cada injúria gritante há um sussurro de desejo sufocado. Em cada “viado”, “sapatão”, “puta” há um “como-pode-você-ser-isso-que-eu-não-posso-ser?”.

A norma sexual vigente é um pacto de automutilação socialmente reforçado. A estética do eu castrado não sai de moda porque a economia subjetiva gerenciada pela gestão do sexo, em nossa sociedade colonial-hétero-patriarcal, ainda é o que sustenta o casamento, a família patriarcal, a exploração do trabalho feminino, doméstico, sexual e emocional.

Quando nos delegam a responsabilidade de estarmos destruindo a família, lembramo-nos de que essa é a mesma família na qual muitos de nós crescemos, e que já estava destruída antes da primeira lésbica atirar nela o seu *Volvo 12 eixos*³². A família tradicional como instituição econômica, edípica e de gestão dos afetos e dos desejos é uma instituição falida em seu projeto. Essa família nunca esteve a salvo porque a sua estrutura se sustenta sobre explorações diversas, desde a exploração do trabalho das mulheres, às violências sexuais e infantis que ela esconde, até o protótipo de masculinidade tóxica que ela reproduz.

Não há salvação para a exploração colonial de afetos e desejos que a família tradicional produz na micropolítica das subjetividades nas quais ela

³¹ Idem, p. 212.

³² Cuirizando a expressão “caminhoneira”, dirigida às mulheres lésbicas que não performam feminilidade padrão como ofensa, utilizo a expressão *Volvo 12 eixos* para me referir a um caminhão de alta performance; virando assim o uso pejorativo de caminhoneira para um uso que exalte as existências lésbicas caminhoneiras e cujo uso nesse contexto produza sobre elas um holofote ético e estético.

se faz presente. A família que nos habita, na maior parte das vezes, é um ideal não concretizado de controle dos corpos, dos afetos e das relações. E, mesmo quando saímos dela, ela segue nos habitando enquanto panóptico, regulando o modo como nos relacionamos conosco e com o mundo.

Quando buscam, num filho-neta-sobrinhe, a razão de sua performance sexual, de gênero e emocional dissidente, buscam na verdade uma afirmação pronta: *sapatão é tudo mal comida, viado é tudo afetado*. *Sapatão*, aqui, é o termo injurioso que inclui lésbicas, bissexuais, homens trans e não binários, pansexuais e mulheres assexuais. *Viado*, por sua vez diz respeito aos homens cis gays, bissexuais, pansxuais, assexuais e às mulheres trans e travestis, dentro da lógica binarista familiar que aglutina gênero e sexualidade indiscriminadamente.

Isso quer dizer, objetivamente, que os corpos e corpos que não performam as representações coloniais e patriarcais dos gêneros feminino e masculino são submetidos a uma investigação – que começa na família e/ou na escola com fins de heterossexualização/cisgenereização compulsórias.

Quando uma psicóloga investiga as relações com homens que uma mulher/menina que se autodetermina enquanto lésbica/bissexual/pansexual teve, ela está pressupondo que há um desvio – em relação à heterossexualidade – a ser investigado. E, ainda que tal psicóloga não acredite que essa sexualidade seja um problema a ser consertado, ela continua colocando-a no lugar de desvio, e referindo sua “causa” à uma heterossexualidade que deveria existir ali. Ao investigar os vestígios de heterossexualidade em uma mulher lésbica-bi-pan, assume-se “a heterossexualidade como “causa” do desejo lésbico; o desejo lésbico representado como o efeito fatal de uma causalidade heterossexual fracassada”³³.

Esse imaginário de que a heterossexualidade é o caminho natural a ser percorrido pelo desejo cria dois problemas na clínica psicológica enquanto prá-

³³ Idem, p. 218.

tica e episteme. O primeiro é que as condições precárias nas quais o desejo heterocisnormativo geralmente se encontra não são problematizadas fora do território heterossexual e cisgênero. Como efeito disso, vemos a obsessão em classificar os modos outros de experienciar gênero e sexualidade como problemáticos. Em outras palavras, quero dizer que as identidades LGBTQIAP+ servem de bode expiatório para a falta de autocrítica das identidades hétero e cis e das violências adjacentes ao processo edípico de tornar-se heterossexual e cisgênero.

O segundo, gerado pelo primeiro, é que as performances e identidades dissidentes, por serem consideradas um desvio da norma heterocis, são sempre associadas a ela na expectativa de que nelas algo seja associado à passabilidade heterocisnormativa: um jeito de fazer a pessoa parecer adequada aos olhos da sociedade, da família e da própria psicóloga; o típico “fulana é bi, mas...”. Esse “mas” imputa nas subjetividades não heterocis uma necessidade de compensar sua sexualidade e/ou identidade de gênero não normativas funcionando em outros lugares da vida de modo ultra-normativo. Isso explica, muitas vezes, o descolamento das pautas LGBTQIAP+ de outras violências coloniais. A falácia de acreditar que “a partir do momento em que a minha homossexualidade é aceita, então eu sou como eles”.

Como parte dessa dança dos erros, temos um coágulo de difícil dissolução que é criado nas subjetividades heterocisdissidentes, e que bloqueia desde os fluxos de auto-amor até os modos de se relacionar com outres. E nem é necessário dizer que uma relação consigo e com outres sempre orientada por uma norma da qual não se faz parte cria na sujeita um abismo entre o que se é e a imagem do que se deveria ser. Como efeito, não temos uma pessoa *Borderline*, bipolar, depressiva, ou em pânico. Mas temos uma pessoa criando sintomas para continuar se sentindo uma pessoa após passar por diversas instituições (família, escola, psicoterapia, etc) tentando aniquilar nela os vestígios do que a constitui enquanto pessoa: sua performance.

Simone Weil nos diz que há “Duas maneiras de se matar: suicídio e desapego”³⁴. Frente ao alto índice de vidas LGBTQIAP+ suicidadas pelo Estado, pela família, pela igreja, pela medicina e pela própria psicologia, em sua ausência de escuta, pergunto-me: o que resta à ética clínica? Desapegar-se do que a institui enquanto espaço aniquilador é um exercício contra-ficcional necessário. E a potência mutante da prática terapêutica está justamente em matar o que a institui como espaço hegemônico e normalizado de saber-poder; e fazer disso um ato clínico. Só assim ela operacionalizará a produção de saúde daqueles que estão sendo mortos.

Carta Aberta aos Médicos, Psicólogos e Psicanalistas Cisgêneros - Considerações Finais

Em resposta à Resolução no 2.265, de 20 de setembro de 2019

Não é questão de essência, neurociência ou Édipo inverso; não é “o fulaninho sempre foi uma mulher presa no corpo de um homem” etc. É certo que, para algumas pessoas, a sensação é sim a de um corpo equivocado, disforia, uma desidentificação com o gênero imposto no nascimento somada (ou não) a uma identificação com o gênero não imposto. Mas é preciso que vocês saibam que a disforia é sistêmica, ela pertence ao que foi incorporado como proibição no regime de diferenciação dos sexos ao qual vocês se submetem.

A disforia e o “corpo equivocado” são os resquícios da compulsoriedade cis em cada um de nós: uma menina cisgênero de quinze anos que coloca próteses de silicone nos seios o faz por disforia; um menino de treze que toma hormônios sintéticos masculinos para crescer também o faz por disforia; um homem ou uma mulher que fazem lipoaspiração de gordura abdominal também o fazem por disforia. Dito isso, é importante que duas questões sejam postas. Primeiramente, a disforia não pertence às pessoas trans, ela pertence ao regime

34 WEIL, S. La gravedad y la gracia. Editorial Trotta, 2007, Ebook posição 1173.

de diferença sexual imposto em cada ume de nós; e ela também não está associada unicamente aos padrões cisgêneros estabelecidos, mas também ao padrão de trabalho sexual imposto a cada gênero, ao padrão de beleza imposto aos corpos e, sobretudo, ao acesso que cada corpo tem ou não a poder modificar o próprio corpo. A questão não é o fulaninho ou a fulaninha fazerem o possível e o impossível (sobretudo) para consertarem seus corpos equivocados e se adequarem ao máximo a uma performance cisgênera: por mais que isso possa ser uma solução que os alivia, o fato de vocês acharem que essa é a solução que lhes resta só alimenta mais a transfobia que coloniza os seus corpos e também os corpos deles.

E por que estou dizendo isso? Porque vocês precisam entender que nós não queremos ser como vocês. Quando eu digo que o fulaninho não se identifica com o gênero que lhe foi imposto, há dois erros nesta frase que vocês não conseguem enxergar. O primeiro é que a identidade de gênero é uma imposição; o segundo é que quando o fulaninho não se identifica com a imposição, ele está fazendo um ato de saúde ao autorizar para si mesmo essa desidentificação, o que significa que ele não precisa ser consertado. A sua desidentificação com o gênero imposto é uma medida de saúde diante da heterocisnorma violadora, não um sintoma de desajuste mental.

A diferença entre você e uma pessoa cisdissidente é que você deseja e/ou precisa performar o gênero que te foi imposto no nascimento. Veja: a pessoa que disside em relação à cisnorma não tem um distúrbio ou vive em função de uma disforia; a diferença que ela apresenta em relação às pessoas cis é que ela produz em seu corpo e em sua subjetividade uma ética pulsional de combate às compulsoriedades cisnormativas que recaem sobre todes nós, inclusive sobre pessoas cis, como vocês.

Exercício sugerido: deem uma olhada no número de suicídios de pessoas cisdissidentes e depois procurem, em suas memórias de práticas profissionais,

familiares, amorosas e sociais, por vestígios de escuta de pessoas cisdissidentes fora da disforia, do transtorno de identidade de gênero ou da psicose. Pois vocês as suicidam cotidianamente com práticas ditas “de saúde”, mas que as colocam num lugar completamente insalubre, um lugar em que elas não podem ser sujeitas de fala.

Transtornar-se é um ato de resistência queer para quem está às margens da norma heterocis. Transtornar-se é resistir à neurose heterocisnormativa edípica, é poder subjetivar-se contra ela. A neurose é considerada pela psicanálise o modo de subjetivação dominante; ou, como dizia uma professora que tive durante a graduação em psicologia, “se tudo deu certo você também é neurótico”. A neurose é, portanto, um modo de subjetivação dominante dentro das relações de poder instituídas pelos saberes psi.

O (cis)gênero e a (hetero)sexualidade compulsórios são agentes patogênicos na sociedade em que vivemos, estruturada sobre os pilares da violência do falo e da naturalização da castração. E esse vírus está em todos nós.

Lembrem-se: “se tudo deu certo, você também é disfórico”.

Referências

BUTLER, J. **Corpos que importam**: os limites discursivos do “sexo”. São Paulo: n-1 edições, 2019.

GUATTARI, F. **Caosmose**: um novo paradigma estético. São Paulo: Editora 34, 2012, 2ª ed, p. 11.

GUATTARI, F.; ROLNIK, S. **Micropolítica**: cartografias do desejo. 10a ed. Petrópolis — RJ: Vozes, 2010.

HAN, B.C. **Sociedade do Cansaço**. Petrópolis: Vozes, 2017.

PEDROSA, V. **A árvore aquela**. São Paulo: Cosac Naify, 2015.

PRECIADO, P. B. **Intervenção na 49ª Jornada da Escola da Causa Freudiana**, ocorrida em 17 de novembro de 2019. Texto disponível em: <http://lacanem-pdf.blogspot.com/2019/12/paul-b-preciado-intervencao-na-49.html> Acesso em 22 de janeiro de 2020.

ROLNIK, S. **Esferas da insurreição**: notas para uma vida não cafetinada. 1a ed. São Paulo: n-1 edições, 2018.

SCHIAVON, J. P. **Pragmatismo pulsional**: clínica psicanalítica. São Paulo: n-1 edições, 2019.

WEIL, S. **La gravedad y la gracia**. Madrid — Espanha: Editorial Trotta, 2007.

CAPÍTULO 3

ASPECTOS ÉTICO-POLÍTICOS DO USO DE INSUMOS ESTÉTICO-ARTÍSTICOS EM OFICINAS TERAPÊUTICAS NOS CENTROS DE CONVIVÊNCIA

André Luiz Carvalho de Souza da Silva

Iohanna Sanches Grammatikopoulos

Doi: 10.48209/978-65-5417-249-4

Resumo: A partir da Reforma Psiquiátrica Brasileira, foi-se possível pensar em novos modelos de cuidado em Saúde Mental. Dentre estes, se destaca os dispositivos operados por tecnologias leves, destacando-se os aspectos de acolhimento, vínculo, corresponsabilização e autonomia. O objetivo deste trabalho, portanto, foi analisar de que forma esses operadores têm atuado na saúde pública brasileira em relação à prática da redução de danos a partir de insumos estético-artísticos para a população usuária de álcool e outras drogas. O método utilizado foi levantamento bibliográfico nos portais *Scielo*, *Google Scholar* e Portal de Periódicos CAPES, com palavras-chave “redução de danos”; “centro de convivência”; “atenção psicossocial”; e “autonomia”. Obteve-se como resultado a potencialidade da Gestão Autônoma da Medicação (GAM) e a utilização de insumos estético-artísticos como promotora de corresponsabilidade, vinculação e de autonomia, que fortalecem a estratégia de redução de danos. Como conclusão, obteve-se que a GAM, junto da utilização de insumos estético-artísticos fomentam no paciente a noção de pertencimento ao seu próprio percurso terapêutico, mostrando-se como potentes caminhos para a promoção da cidadania, corresponsabilização, autonomia e sentimento de filiação.

Palavras-chave: redução de danos; centro de convivência; atenção psicossocial; autonomia.

Introdução

A medicina alienista dos séculos XIX e XX instituiu o asilo como local destinado ao que se entendia então como loucura, tendo como princípio fundamental o isolamento social, práticas morais, religiosas e disciplinares (Foucault, 1978, p. 505-534). Tal modelo tornou-se também hegemônico no Brasil, sendo o asilo, ou manicômio, o local destinado a todos aqueles que sofriam de alguma dita patologia mental, nisso inclui-se o uso de álcool e demais substâncias. Esse contexto manteve-se até os anos 1980, período no qual se iniciou a Reforma Sanitária, que criticava os abusos e violências cometidas no interior dos asilos. Com isso, surge o movimento da luta antimanicomial e é iniciado o processo de Reforma Psiquiátrica Brasileira, inspirada nos ideais da Psiquiatria Democrática Italiana, cujo objetivo era implementar um novo modo de olhar e lidar com a loucura, entendendo os pacientes como sujeitos políticos e cidadãos de direito (Amarante, 1995, p. 10-37).

Esse processo abriu espaço para uma série de transformações nos mais diversos âmbitos, como o jurídico, por meio da formulação de leis; estruturais, por meio da criação de dispositivos substitutivos aos manicômios como os Centros de Atenção Psicossocial; e social, transformando o modo como os outrora chamados loucos eram tratados pela sociedade. Nesse contexto, a Redução de Danos (RD) e os Centros de Convivência aparecem, respectivamente, como estratégia e dispositivo de promoção e respeito à cidadania, dignidade da vida, autonomia e aos direitos sociais dos usuários de substâncias, conforme preconizado pela Reforma Psiquiátrica Brasileira, sendo a luta e a defesa dos direitos desses sujeitos, uma vertente importante da luta antimanicomial. A partir disso, compreende-se aqui a redução de danos e os Centros de Convivência como essenciais para esse processo.

A redução de danos (RD) constitui-se como uma estratégia de abordagem das questões relativas ao uso de drogas que não pressupõe sua extinção, tanto no âmbito coletivo, quanto no individual. Ela, ao contrário, formula práticas que diminuem os danos para aqueles que usam drogas e para os grupos sociais com que convivem. No campo da prevenção, as estratégias de RD significam a utilização de medidas que diminuam os danos provocados pelo uso de substâncias, mesmo quando os indivíduos não pretendem ou não conseguem interromper seu consumo, entendendo-se, dessa forma, a complexidade do fenômeno e diminuindo-se a prática médica guiada por preceitos morais. Além disso, a partir dessa estratégia de saúde pública, os pacientes conseguem ter maiores possibilidades de reduzir o contato com o tráfico e de se envolver em atividades ilícitas para conseguir a substância, visto que passam a desenvolver outras estratégias por meio da reflexão sobre o uso proporcionada pelos serviços de tratamento em saúde pública (Cruz, 2006, p. 2).

Nesse contexto de cuidado ampliado e humanizado, destaca-se a importância das experimentações artístico-culturais enquanto tecnologia leve de cuidado para a promoção da autonomia dos sujeitos, expressão de suas singularidades e (re)estabelecimento de laços sociais. As tecnologias em saúde são divididas em leves, leve-duras e duras. As leves compreendem as relações interpessoais, como a produção de vínculos, autonomização e acolhimento; as leve-duras dizem respeito aos saberes bem estruturados, como a clínica médica, a epidemiologia e a clínica psicanalítica; e as duras são compostas por equipamentos tecnológicos do tipo máquina, normas e estruturas organizacionais. Nesse sentido, entendem-se, pois, as experimentações artísticas e estéticas como uma tecnologia leve em cuidado, estando ela de acordo com os princípios da luta antimanicomial e sendo, assim, um modo de promoção de saúde, cuidado e de manifestação das subjetividades e singularidades humanas.

Metodologia

Este trabalho constitui-se como revisão bibliográfica. Para tanto, foi-se efetuado um levantamento bibliográfico nos portais *Scielo*, *Google Scholar* e Portal de Periódicos CAPES, com palavras-chave “redução de danos”; “centro de convivência”; “atenção psicossocial”; e “cartografia”. Este é um estudo de natureza multi e transdisciplinar, cujo objetivo é destacar o sujeito em suas múltiplas e complexas faces de agenciamentos. Sendo assim, para alcançar esse propósito, utilizou-se a caixa de ferramentas teórico-metodológica da produção de subjetividade e da cartografia psicossocial, discutidas por Deleuze e Guattari (1997; apud Passos; Kastrup; Escóssia, 2010, p. 8).

Centro de Convivência e Oficinas Terapêuticas

De acordo com Cambuy e Amauzzi (2016, p. 6), os Centros de Convivência (CECOs) possuem um papel significativo na inclusão social de pessoas com história de tratamento em serviços de saúde mental. Além disso, também atuam na promoção de saúde, facilitando essa inclusão por meio de atividades coletivas e construção de novos laços sociais a partir da coletividade (Cambuy; Amauzzi; apud Alvarez, 2016, p. 6).

No que se refere aos aspectos legislativos, os CECOs foram instituídos por meio da Portaria nº 396 de 07 de Julho de 2005, sendo intitulados como dispositivos públicos componentes da rede de atenção substitutiva em Saúde Mental que oferecem às pessoas com transtornos mentais espaços de sociabilidade, produção e intervenção na cidade. No entanto, essa portaria foi posteriormente revogada e ainda está em discussão, de modo que ainda não há uma regulamentação que possa definir o financiamento dos CECOs atualmente no Brasil. Ademais, também se torna importante destacar que, a partir da instituição das Redes de Atenção Psicossocial 4 (RAPS 4), os CECOs começaram a

fazer parte da estrutura da Atenção Básica. Desse modo, os CECOs passaram a se constituir como um dos pontos de atenção estratégicos para a inclusão social das pessoas com transtornos mentais e usuárias de álcool e outras drogas. Sua importância, nesse sentido, se dá por meio da possibilidade da construção de espaços de convívio e sustentação da alteridade (Alvarez, 2016, p. 7).

Dentro desses Centros de Convivência, dentre outras atividades, ocorrem as Oficinas Terapêuticas, que são variadas e acompanham as demandas dos usuários. Essas oficinas, de acordo com Costa et al. (2017, p. 3), apresentam-se como dispositivos para a convivência, criação e reinvenção do cotidiano nas instituições de saúde mental, tendo em vista a necessidade de reconstrução do direito de criar, opinar, escolher e relacionar-se consigo mesmo e com a comunidade. Desse modo, a possibilidade desses sujeitos de poderem expressar-se, explorar suas relações sociais, relacionar-se e circular pela cidade como cidadãos sustentam a inserção social. Sendo assim, as oficinas terapêuticas possuem potencialidade de função psicossocial aliadas à prática clínica, com possibilidade de utilização de recursos e atividades diversas e, dentre elas, destaca-se a utilização de insumos estético-artísticos.

A partir desse prisma, pode-se inferir que as oficinas terapêuticas se apresentam como potente mediador das relações entre os envolvidos, tanto os agentes de saúde quanto os usuários do serviço, potencializando e viabilizando a construção de novos mecanismos de interação, inclusive em outros espaços, onde o participante possa ser visto a partir de múltiplos e distintos olhares que apreendem a complexidade do existir e de se construir enquanto humano. Esse existir implica manifestações subjetivas que dão passagem a discursos verbais e não verbais e que ganham corpo na materialidade. Portanto, as oficinas terapêuticas, que fazem parte de um dos dispositivos de atenção à saúde dos CECOs, configuram-se como um dispositivo dotado de potencialidade no fomento de trocas e aumento do poder contratual dos usuários do serviço. Sendo possível,

desse modo, o exercício das relações interpessoais, mediados pelas atividades no contexto da oficina, permitindo que o participante aumente a sua capacidade de expressão e criação, fortalecendo, assim, suas redes de suporte, que comumente são desgastadas pelas manifestações psicopatológicas e pelo processo de institucionalização do sujeito (Costa et al., 2017, p. 4).

Nesse ínterim, em 2010, durante a IV Conferência Nacional Intersetorial de Saúde Mental, foi aprovada uma proposta para implantar e prover custeio dos Centros de Convivência como dispositivos intersetoriais estratégicos para a rede de saúde mental (Alvarez, 2016, p. 14). Dado a sua importância, pois, as oficinas terapêuticas dentro dos CECOs constituíram-se como novas práticas dotadas de potencialidade alinhadas à transformação concreta da vida dos usuários para garantir cidadania plena, seguindo uma lógica antimanicomial a partir da noção de território, coletividade e ampliação das redes de suporte (Costa et al., 2017, p. 13).

Ao realizar uma pesquisa na Oficina de Culinária do Centro de Convivência do Instituto de Psiquiatria da Universidade Federal do Rio de Janeiro (IPUB/UFRJ), Costa et al. (2017), nos traz a ideia de que os objetivos da oficina eram: 1. Proporcionar aos sujeitos agenciamentos de encontros e relações sociais dentro e fora do contexto institucional; 2. Realizar a aproximação do usuário com os recursos da cidade e reaproximação com a rotina anterior à internação por meio do resgate de elementos da história e cultura desses sujeitos; 3. Reestabelecer o desempenho ocupacional satisfatório, relacionado à autonomia e independência do usuário nas atividades significativas, a partir do engajamento e participação em atividades do cotidiano. Tendo em vista esse paradigma, as oficinas terapêuticas se alinham à perspectiva de produção de autonomia e inserção social a partir do convívio.

A partir do paradigma psicossocial, as relações de cuidado em saúde produzem os dispositivos de acolhimento, vínculo, responsabilização e autono-

mia. Esses constructos possibilitam a transversalização da prática psicossocial, construindo espaços de diálogo no encontro dos trabalhadores de saúde mental, usuários e familiares, na busca da resolubilidade da atenção à saúde (Jorge et al., 2011, p. 6). A partir da prática do acolhimento e do vínculo, é possível produzir uma corresponsabilização e autonomia do usuário, fazendo-o estar implicado diretamente no seu processo terapêutico. Isso, em termos práticos, significa gerar no usuário uma sensação de pertencimento a si mesmo, ao espaço em que ele convive com outros usuários e nos territórios que frequenta em sua comunidade.

De acordo com Passos e Benevides (2010, p.19), não existe ser humano sem relação com o meio. Mesmo nas experiências mais singularizadas, o ser humano parte de um coletivo. As experiências e experimentações são feitas e criadas dentro de um coletivo de forças. O indivíduo, mesmo que após passar por um processo de individuação, não existe só, já que esse mesmo processo não esgota os potenciais da realidade pré-individual — isto é, anterior ao sujeito. O processo de produção de subjetividades é atravessado pelo meio e tem como um dos subprodutos o sujeito (Passos; Benevides, 2010; apud Passos; Kastrup; Escóssia, 2010, p. 19). Desse modo, o sujeito é sempre coletivo; ele nasce e é atravessado pelo coletivo.

Sendo assim, ao potencializar a relação entre sujeitos, a ênfase se dá no processo relacional, isto é, a interação entre o sujeito e o meio, o coletivo. Há, com isso, a incorporação de estratégias de aproximação e efetivação de práticas resolutivas voltadas para o modo de vida de cada usuário, ou seja, implicadas com o seu cotidiano relacional (Jorge et al., 2011, p. 5). Portanto, a convivência gera graus de autonomia e de corresponsabilização produzidas coletivamente através dos bons encontros, que também são agenciadores de saúde (Alvarez, 2016, p. 5).

Essa produção maquínica a partir do acoplamento de devires possibilita a desinstitucionalização do cuidado, gerando no usuário o senso de responsabi-

lização ante seu próprio tratamento. Aumentando-se o quociente de autonomia e corresponsabilização, devolve-se ao usuário a cidadania e o direito às suas próprias escolhas, definindo ele mesmo o que deseja e o que não deseja para sua vida.

Nesse sentido, como a maioria das instituições de saúde mental no Brasil não possuem um diálogo aberto com os pacientes e usuários dos serviços sobre o seu próprio tratamento, impede-se a conscientização e sensibilização do usuário com relação ao seu uso medicamentoso, sendo essa epidemia uma consequência direta do silêncio e estigma relacionados à utilização de medicamentos, uma vez que impedem os diálogos, as trocas de saberes e reflexões sobre o uso e modos de geri-lo e reduzir danos.

Gestão Autônoma da Medicação e Corresponsabilização

Como um dos efeitos dessa corresponsabilização e prática de incentivo à autonomia, destaca-se a estratégia de Gestão Autônoma da Medicação (GAM), frequentemente operada por meio de grupos construídos a partir da perspectiva da autonomia, responsabilização, redução de danos e compartilhamento de saberes e experiências. A GAM surgiu inicialmente na década de 1990, no Canadá, como um movimento dos próprios usuários de medicamentos psicotrópicos em defesa de sua participação no processo terapêutico de gestão e escolha da medicação, tendo como base o acesso à informação e o diálogo entre equipe de saúde e usuário. Originada do movimento *recovery*, constituído por pacientes diagnosticados majoritariamente com esquizofrenia que defendiam a importância de uma perspectiva global e complexificada sobre a experiência humana para além da limitação ao diagnóstico, a GAM defende a importância da participação dos pacientes de saúde mental na gestão de suas medicações, por compreender que cada sujeito relaciona-se de um modo com a medicação, sendo, portanto, uma relação singularizada.

Em oposição ao processo biomédico de verticalização e hierarquização do saber, a GAM preconiza a participação ativa do sujeito em seu próprio tratamento, uma vez que parte do respeito à autonomia, singularidade e capacidade de autogestão individual (Passos et al., 2013, p. 30-31). Assim como na perspectiva da redução de danos, a gestão autônoma da medicação entende que cada pessoa em sua singularidade estabelece uma relação com a substância que utiliza, de modo que deve ser protagonista de seu próprio cuidado. Com a Reforma Psiquiátrica Brasileira e a criação dos Centros de Atenção Psicossociais, a GAM foi adotada como estratégia de cuidado que privilegia a autonomia dos usuários e é constituída de modo que os usuários recebam informações e dialoguem com as equipes de saúde e demais usuários sobre questões que concernem o uso de medicação, visando a tomada conjunta de decisões conscientes e informadas sobre o processo de medicalização.

Dessa forma, a GAM parte de uma conceitualização de autonomia similar a da Reforma Psiquiátrica, entendendo-a a partir da capacidade de vinculação do sujeito, de modo que quanto mais vínculos o sujeito estabelece, mais autônomo ele se torna, uma vez que múltiplas vinculações alargam o horizonte de possibilidades existenciais e experienciais. Em oposição, poucos vínculos representam um leque de possibilidades mais estreito que, conseqüentemente, traduz-se em uma redução também da autonomia. Nesse sentido, grupos GAM consolidam-se como mais um modo de vinculação, não apenas do usuário de um dispositivo de saúde com os profissionais que lá trabalham, mas também com os demais usuários que o compõem, de modo que fortalece a autonomia e permite seu exercício por meio da gestão da medicação.

Para além do processo vinculatório, a GAM possui uma dimensão micro-política que aponta para o fortalecimento da autonomia dos indivíduos (PASSOS et al., 2013, p. 31), uma vez que a participação ativa de pessoas outrora consideradas pacientes, sujeitos passivos submetidos às decisões tomadas pelo

médico, representa uma ruptura em uma dinâmica hierarquizada de distribuição de poder. Em uma lógica médico-centrada, os saberes do especialista são hierarquizados como os únicos legítimos e validados, enquanto os do paciente são considerados pouco ou nada relevantes para o tratamento. A estratégia de Gestão Autônoma da Medicação, ao dar protagonismo aos saberes do sujeito sobre si e sua relação com cada substância, rompe com essa lógica hierarquizante e opera um deslocamento dos saberes, valorizando a perspectiva do usuário sobre isso e transformando-o em protagonista do próprio cuidado. Com isso, a autonomia é estimulada e reforçada e o usuário tem sua capacidade de agenciamento e autogestão valorizados.

A GAM se configura como um dos efeitos do processo de produção de autonomia e corresponsabilização do usuário. No entanto, de acordo com Whitaker (2017, p.48-53), o que ocorre atualmente, na realidade, é o uso e abuso de drogas psiquiátricas sem responsabilidade. Atualmente, tem acontecido o fenômeno de Epidemia das Drogas Psiquiátricas.

No que se refere a pacientes com histórico de uso e abuso de drogas, fazem-se necessárias intervenções plurais que sejam plausíveis e aceitas por meio de uma contratualidade, enaltecendo-se, dessa forma, o saber empírico do paciente referente a sua própria vida. Desse modo, a aposta dos Centros de Convivência na produção de autonomia e corresponsabilização pelo intermédio do uso de insumos estético-artísticos se fazem com uma potente forma de cuidado em saúde mental que vá de sentido à responsabilização do usuário sobre o seu próprio tratamento, visto que produz neste uma noção de empoderamento, autoestima e responsabilidade no uso de drogas e medicamentos psiquiátricos.

Utilização de Insumos Estético-Artísticos como Operadores Clínico-Políticos para Produção de Autonomia e Corresponsabilização com Usuários de Álcool e Drogas

Dessa maneira, aposta-se na proposta estético-artística como promotora de cuidado e promoção de cidadania e como forma de potencializar os vetores de autonomia e corresponsabilização. Nesse sentido, Whitaker (2017, p. 48-53) nos explica que o uso reduzido de drogas psiquiátricas, dando-se prioridade sempre ao uso no curto prazo, tem melhores resultados com o tratamento psiquiátrico. A exemplo disso, ele nos traz a experiência da Finlândia, na qual o tratamento da esquizofrenia é um dos melhores de todo o mundo ocidental. O princípio fundamental que orienta as práticas dessa abordagem é o diálogo aberto entre os profissionais, os pacientes e suas redes sociais, explorando, dessa maneira, todos os recursos psicossociais disponíveis no território.

Ao abordar o tema dos recursos psicossociais presentes no território, deve-se buscar as potencialidades do espaço do Centro de Convivência, um dispositivo que congrega a relação territorial e relações de criação de laços sociais e produção de subjetividade dos usuários que o constitui. Nesses espaços tomam cena uma diversidade de atores e ações coletivamente pensadas, com destaque para atividades grupais com uso de materiais artísticos, diálogo, convívio, silêncio, e tudo quanto mais for capaz de ser inventado pela criatividade e potencial de criação, sendo o fazer artístico e experiências estéticas muito frequentes e quase universalmente presentes nos CECOs.

A utilização do fazer estético artístico coloca-se também como estratégia para produção de vínculo e, conseqüentemente, de cuidado em saúde, reduzindo os danos causados pelo estigma e exclusão vivenciados pelos usuários de álcool, crack e outras drogas. Utilizar a arte como potencialidade criadora de autonomia se tornam experiências agenciadoras de um reconhecimento de si na cultura e promotoras do sentimento de filiação a algo, a um lugar, a al-

guém. Machado e Simas (2017, p.10), ao trazer a experiência dos Consultórios na Rua, relatam que houve uma aproximação com os usuários quando esta foi mediada pela oferta de materiais para experimentações estético-artísticas. A aposta dessa prática consistia em utilizar esse recurso enquanto tecnologia sociocultural produtora de vínculo e enquanto possibilidade de insumo visando a produção de cuidado:

Para uma população extremamente vulnerável e historicamente cerceada de seu direito à produção cultural e artística, promover um espaço facilitador do fazer estético-artístico significa também empoderá-la de seus saberes e identidades por meio da produção de múltiplas linguagens, constituindo-se também, desta forma, em estratégia de fomento à cidade cultural (Machado; Simas, 2017, p. 10).

Utilizando-se do artifício das tecnologias leves de saúde, propicia-se transcender a rotina instituída e muitas vezes massificadora à qual usuários dos serviços de saúde mental estão submetidos. Sendo assim, a utilização do fazer estético-artístico se apresenta como potencialidade de novas e diferentes formas de estar na vida e de estabelecer conexões diversas (Costal et al., 2017, p. 15). Deste modo, amplia-se o poder de atuação do sujeito no mundo, aumentando-se as possibilidades de existir e de se conectar aos outros enquanto ser humano. Torna-se possível, assim, pensar o usuário de drogas além do estigma e da perpetuação dos preconceitos; torna-se possível pensá-lo como um sujeito dotado de direitos, cidadania e potencialidades artísticas.

A partir dessa expansão dos vetores de potencialidade, é possível aumentar os graus de autonomia e responsabilização deste usuário com relação ao seu tratamento, ao uso de drogas e ao uso de medicamentos. Torna-se possível, dessa maneira, criar junto ao usuário o direito à cidadania, o direito a fazer suas próprias escolhas e, conseqüentemente, aumentando-se o seu quociente de autonomia.

De acordo com Jorge et al. (2011, p.2), na prática cotidiana dos serviços de saúde deve-se priorizar a tecnologia leve como instrumento para atingir a in-

tegralidade e a humanização do cuidado. Dessa maneira, pode-se fundamentar o cuidado no acolhimento, no diálogo, no vínculo, na co-responsabilidade e na escuta ativa entre profissional e usuário dos serviços de saúde, almejando-se, assim, a humanização do atendimento. Nesse sentido, destaca-se a importância das experimentações estético-artísticas como uma tecnologia leve promotora de um modo de cuidado alinhado com os ideias da luta antimanicomial e a uma prática em saúde humanizada, que se propõe a promover autonomia e o respeito à vida e dignidade humana.

Conclusão

Desse modo, há a aposta na redução de danos como estratégia de saúde pública em prol da ampliação da vida; ampliação das redes relacionais e as interconexões que um sujeito é capaz de agenciar. A partir disso, pode-se entender que a utilização da GAM, da fomenta dos CECOs e da utilização dos insumos estético--artísticos são estratégias intersetoriais importantes para a saúde pública brasileira, tendo em vista o uso de tecnologias leves como parâmetro.

A corresponsabilização, autonomia, vínculo, acolhimento e atendimento humanizado se tornam pontos cada vez mais relevantes no atendimento a pessoas vulnerabilizadas socialmente pelo uso e abuso de drogas. Isso possibilita enxergar o paciente a partir de sua complexa e multifacetada redes de agenciamentos. Desse modo, entende-se que o uso da experiência empírica do paciente pode ser um potente promotor do cuidado em saúde a partir da afetação e da coletividade.

Como aplicar a GAM dentro do SUS? Qual seria a eficácia da Gestão Autônoma da Medicação nos serviços públicos de saúde mental, tendo em vista o crescente sucateamento da máquina estatal e sucessivos desmontes das políticas públicas de saúde? Quais são as fontes em que os pacientes estão se informando sobre os medicamentos, seus efeitos colaterais, benefícios, etc.?

Como fazer uso dos insumos estético-artístico em outros serviços de saúde que não sejam somente os CECOs? Desse modo, surgem algumas questões que não foram abordadas nesse trabalho, mas que possibilitam futuras pesquisas.

Referências

ALVAREZ, Ariadna Patrícia Esteves; SILVA, Jessika Oliveira. Centro de Convivência e Cultura: diálogos sobre autonomia e convivência. **ECOS: Estudos Contemporâneos da Subjetividade**, Rio de Janeiro, v. 6, n. 1, p. 5-19, jun. 2016. Disponível em: <https://www.arca.fiocruz.br/handle/icict/14795>. Acesso em 25 out. 2023.

AMARANTE, Paulo. *Loucos pela vida: A trajetória da reforma psiquiátrica no Brasil*. Rio de Janeiro: **Fiocruz**, 1995.

AMARANTE, Paulo; TORRE, Eduardo Henrique Guimarães Torre. “De volta à cidade, sr. cidadão!”, Reforma Psiquiátrica e participação social: do isolamento institucional ao movimento antimanicomial. **Revista de Administração Pública**, 52, pp. 1090-1107, 2018.

COSTA, Viviani Cristina. *et al.* Afetos, sabores e trilhas: a oficina de culinária como operador clínico da desinstitucionalização. **Rev. Interinst. Bras. Ter. Ocup.** Rio de Janeiro, 2017. v.1(3): 300-317. DOI: 10.47222/2526-3544.rbto9676. Acesso em: 24 out. 2023.

CRUZ, Marcelo Santos. Considerações sobre possíveis razões para a resistência às estratégias de Redução de Danos. *In*: CIRINO, O; MEDEIROS, R (org.). *Álcool e outras drogas: escolhas, impasses e saídas*. Autêntica: Belo Horizonte, 2006, cap. 1, pp. 13-24.

DELEUZE, Gilles. **Post-Scriptum sobre as sociedades de controle**. Conversações: Rio de Janeiro, ed. 34, 1992, pp. 219-226.

DELEUZE, Gilles; GUATTARI, Félix. Introdução à Esquizoanálise. *In*: DELEUZE, Gilles; GUATTARI, Félix. **O Anti-édipo**. São Paulo: ed.1, 2010, cap. 4, pp. 361-506.

_____. Introdução: Rizoma. *In*: DELEUZE, Gilles.; GUATTARI, Félix. **Mil Platôs: Capitalismo e Esquizofrenia**. Rio de Janeiro: Editora 34, v.1, 1980, cap. 1, pp. 30-36.

_____. 20 de Novembro de 1923: Postulados da Linguística. *In*: DELEUZE, Gilles; GUATTARI, Félix. **Mil Platôs: Capitalismo e Esquizofrenia**. Rio de Janeiro: Editora 34, v.2, 1980, cap. 4, p. 11-49.

FOUCAULT, M. História da loucura na idade clássica. São Paulo: Perspectiva, 1978. GUATTARI, Félix. A Transversalidade. *In*: GUATTARI, Félix. **Revolução molecular: pulsações maquínicas do desejo**. São Paulo: Editora Papyrus, 1998, cap. 2, pp.88-106.

_____. Inconsciente Maquínico e a Revolução Molecular. *In*: GUATTARI, Félix. **Revolução molecular: pulsações maquínicas do desejo**. São Paulo: Editora Papyrus, 1988, cap. 3, p.165-173.

GUATTARI, Félix. Notas para uma Esquizo-análise. *In*: GUATTARI, Félix. **O Inconsciente Maquínico: ensaios de esquizo-análise**. São Paulo: Campinas, 1988, cap. 6. p. 145-192.

GUATTARI, Félix.; ROLNIK, Suely. **Micropolíticas: Cartografias do Desejo**. Petrópolis: Vozes, 1993.

JORGE, Maria Salete Borges. et al. Promoção da Saúde Mental — Tecnologias do Cuidado: vínculo, acolhimento, co-responsabilização e autonomia. *In*: **Ciênc. saúde coletiva**, v. 16, n. 7, jun. 2011, p.3051-3060. DOI: <https://doi.org/10.1590/S1413-81232011000800005>. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/csc/a/CMNBywFRDpPgjhFHBzxTqWH/?lang=pt&format=html>>. Acesso em 07 nov. 2023.

MACHADO, Keronlay da Silva, SIMAS, Rodrigo Silva. Redução de danos, insumos e experiência estética: uma análise da prática no consultório na rua do município do Rio de Janeiro. **Rev. Interinst. Bras. Ter. Ocup.**, Rio de Janeiro, v.1 n.1, p. 67-83, 2017. DOI: <https://doi.org/10.47222/2526-3544.rbto4823>. Disponível em: <https://revistas.ufjr.br/index.php/ribto/article/view/4823>. Acesso em: 15 nov. 2023.

PASSOS, Eduardo et. al. Autonomia e cogestão na prática em saúde mental: o dispositivo da gestão autônoma da medicação (GAM). **Aletheia**, Canoas, n.1, p.24-38, ago. 2013. ISSN: 1413-0394. Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext & pid=S1413-03942013000200003. Acesso em: 25 out. 2023.

PASSOS, Eduardo.; KASTRUP, Virgínia; ESCÓSSIA, Liliana da. Apresentação. In: PASSOS, Eduardo.; KASTRUP, Virgínia; ESCÓSSIA, Liliana da. **Pistas do método da cartografia**. Porto Alegre: Sulina, 2010, p. 7-16.

PASSOS, Eduardo; BARROS, Regina Benevides. A cartografia como método de pesquisa-intervenção. In: PASSOS, Eduardo; KASTRUP, Virgínia.; ESCÓSSIA, Liliana da. **Pistas do método da cartografia**. Porto Alegre: Sulina, 2010, cap. 1, pp. 17-31.

PASSOS, Eduardo; BARROS, Regina Benevides. Por uma política da narrativa. In: PASSOS, Eduardo; KASTRUP, Virgínia.; ESCÓSSIA, Liliana da. **Pistas do método da cartografia**. Porto Alegre: Sulina, 2010, cap. 8, pp. 150-171.

WHITAKER, Robert. **Anatomia de uma Epidemia: Pílulas Mágicas, Drogas Psiquiátricas e o Aumento Assombroso da Doença mental**. Tradução de Vera Ribeiro. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, ed. 1, r. 1, 2017. Disponível em: <<https://www.google.com/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=&cad=rja&uact=8&ved=2ahUKEwjA1=-5v9gSCAxVEjZUCHSqxDzwQFnoEC8AQAQ&url=https%3A%2F%2Fportal.fiocruz.br%2Flivro%2Fanatmia-de-uma-epidemia-pilulas-magicas-drogas-psiquiatrica-e-o-aumento-assombroso-da-doenca&usg=AOvVaw1zkLalrHKUzKnU-4cFvtXOM&opi=89978449>>. Acesso em: 20 nov. 2023.

CAPÍTULO 4

DA FALTA À PSICOPATOLOGIZAÇÃO: QUE SUJEITO É ESSE?

Gleiciene Gomes de Araujo

Yury Felipe Nascimento Alves

Doi: 10.48209/978-65-5417-249-5

Resumo: O presente trabalho visa investigar a constituição do sujeito e sua subjetividade frente aos imperativos diagnósticos da atualidade. Tomamos como objeto a psicopatologização da vida que, em nosso tempo, tem sido privilegiado pelo tamponamento do que desponta enquanto falta estruturante do sujeito. No entanto, tal organização conduz à alienação e controle imputados em sua lógica. Neste sentido, recorreremos aos conceitos de desamparo fundamental e à nomeação para articular às novas construções narrativas de nosso Estado neoliberal, apontando para seu efeito dessubjetivante. Consideramos também as relações de poder que se transmutam da disciplina biopolítica para uma auto-exploração psicopolítica, em uma amarração com as transformações socioeconômicas de sua incidência. Por fim, concluímos como necessária à escuta da dimensão sociopolítica do sofrimento para que discursos psicopatologizantes em dominação possam sofrer seus ruídos no campo da saúde mental, quando amparados pela escuta para além dos fenômenos que atuam em sua mera proposta identificatória.

Palavras-Chave: Psicopatologização, Psicanálise, Sujeito, Identidade.

Introdução

Pensar a formação do sujeito na contemporaneidade nos conduz à necessária articulação entre os domínios culturais, sociais, econômicos e políticos para compreensão dos processos de subjetivação na atualidade, bem como as

atualizações dos modos de adoecimento psíquico. Tal articulação não parece bem-vinda a alguns campos de saber, que há muito tempo vem se mostrando resistentes a esse movimento, amparados, principalmente, pelos discursos científicos de dominação na atualidade que individualizam tais problemáticas trazendo respostas sumariamente orgânicas ao que evoca enquanto sofrimento psíquico. Somados a essa resistência, temos os diagnósticos nosológicos contidos no DSM (Manual Diagnóstico e Estatístico dos Transtornos Mentais) que, a cada nova versão, expande o número de transtornos em suas páginas, bem como simplifica o enquadramento diagnóstico aos antigos transtornos anteriormente categorizados (Frances, 2016). Este aumento nos dá notícias sobre como temos tratado as modificações da subjetividade, bem como sobre a compreensão no campo psi acerca do sujeito de nossa época.

No entanto, sustentando-nos a partir da teoria psicanalítica de Sigmund Freud a Jacques Lacan, estendemos a compreensão tanto da subjetividade quanto da formação do sujeito a partir de outra via. Ao considerar a importância do inconsciente enquanto estrutura transindividual, não localizável no espaço-tempo, mas em movimento pela linguagem em sua estrutura simbólica, efetuamos uma leitura sobre o sofrimento a partir de uma perspectiva que abrange o que há de singular em relação à sua dimensão sociopolítica que causará efeitos sobre a subjetividade deste ser sofrente bem como à forma como se constitui tal sujeito imerso às narrativas da atualidade.

Por esta via, objetivamos refletir sobre as produções de subjetividade de nossa época em um paralelo à atual conjuntura psicopatologizante da vida que se encaminha a uma normatividade subjetiva e atualiza o que concerne à constituição do sujeito. Tais atualizações trazem, portanto, novos paradigmas frente ao sofrimento psíquico enquanto material de análise do campo da Saúde Mental. Por esta razão, destacamos tal temática como necessária e primordial, tanto para profissionais que atuam em clínicas terapêuticas particulares, como àqueles que desempenham suas funções na rede pública, seja na área da saúde, na

atenção psicossocial ou até mesmo no âmbito escolar. Ressaltamos, por fim o caráter crítico fundamental ao profissional da psicologia em seu compromisso ético com sua função, seja no exercício individual ou em equipe multidisciplinar, para que possa ser causa de movimento onde esteja operando, desconstruindo o sentido comum que adoece e padroniza o que há de singular.

O Sujeito Faltante em sua Constituição

Embora a psicanálise não seja uma abordagem própria do campo da psicologia, ela muito tem a contribuir em seu benefício por diversos aspectos. Ao valer-se dos conceitos fundamentais da psicanálise, norteados principalmente pela importância do inconsciente enquanto estrutura de sintaxe da subjetividade humana, regida por um sistema e leis próprias, a partir da noção do sujeito cindido, descentrado do que alude ao Eu, a psicologia pode dispor de uma leitura do sujeito que alcançará especificidades outras que se encontrarão para além de uma ótica determinante biologicista, que exclui o que há de singular em dada história, cultura e política de uma sociedade, amparadas pela ciência positivista, marcada historicamente por sua gênese de dominação.

Desde Freud notamos a prevalência do campo das relações sociais enquanto norteadoras das produções das subjetividades que marcam e operam em determinada época. Algumas de suas obras como *O futuro de uma ilusão* (1907), *Totem e tabu* (1912) e *O mal-estar na civilização* (1930), são importantes exemplos de como o psicanalista valia-se de uma leitura de seu tempo para a teorização do que escutava em sua atuação clínica, conferindo a necessária articulação entre a clínica psicanalítica, a política e a cultura. Devemos demarcar, no entanto, que tais textos conferem as investigações no plano da modernidade ao qual Freud encontrava-se localizado e, pelo incontestável desenvolvimento da cultura, novas leituras devem ser contempladas para compreensão das novas formas de subjetividade que se conjugam a ela. É por este motivo, portanto,

que Jacques Lacan (1998) afirma a importância em alcançar a subjetividade de nossa época, pois não há possibilidade de uma efetiva escuta do sujeito em sofrimento dissociado do que há nesse encontro com as relações sociopolíticas de uma época.

Por este motivo, recorremos ao axioma lacaniano que afirma a estruturação do inconsciente como linguagem, conferindo a importância à ordem simbólica também no fundamento dos laços sociais. Se o “inconsciente é a política”, conforme aponta Lacan (2008, p. 350), é justamente por seu caráter transindividual, que demonstra a impossibilidade de uma localização fixa, tanto de espaço quanto do tempo, que sustentamos a noção da constituição do sujeito como algo que se encontra para além da individualização e representação puramente biológica do mesmo, pois os incidentes políticos e culturais que compõem a estrutura simbólica ultrapassam as limitações impostas por estes. O sujeito como efeito da linguagem é, portanto, aquele que se constitui em uma escritura singular a partir da ordem simbólica pré-existente e que se alienará aos discursos dispostos pelo Outro em sua estruturação que se apresenta em um contínuo movimento. Assim, o sujeito do inconsciente, com o qual manejamos na psicanálise, se distingue notadamente daqueles referenciados pela ciência positivista que recusa a dimensão sociopolítica inferindo estatisticamente sobre um corpo ordenado pelo tratado biológico à revelia de uma norma de dominação.

Neste sentido, compreendemos que os diagnósticos nosológicos contidos em um manual acarretam questões e problemáticas no campo da Saúde Mental que denotam a urgência de tal discussão. Em 1926 Freud já nos alertava sobre as controvérsias inerentes a manuais que servem como “guias de existência” afirmando:

Não sou a favor da fabricação de visões de mundo (...) acharemos consolo na reflexão de que todos esses “guias de existência” envelhecem rapidamente, de que é justamente nosso trabalho miúdo, estreito e míope que torna necessárias novas edições deles, e de que inclusive os mais modernos desses guias são tentativas de achar substituto para o velho catecismo, tão cômodo e tão completo (Freud, 2014, p. 26).

É inegável que Freud era um homem que estava não somente à frente de seu tempo, mas, inclusive, do nosso. Ao afirmar o caráter catecístico de um manual que descreve as formas de existência no mundo, conforme temos hoje o próprio DSM, aponta a completude que se espera em suas páginas. É neste sentido que se exclui o que há do campo do Real das relações, tamponando o que é constitutivo do próprio sujeito em sociedade e que aponta para o que se refere a sua história singular: o mal-estar.

Ao nos nortearmos pelo conceito de mal-estar, compreendemos que o que se propõe na atualidade como um ideal bem regulado e até padronizado acerca do sujeito é da ordem do impossível de alcançar. Em sua célebre obra “O mal-estar da civilização” de 1930, Freud demonstra que o mal-estar é produzido no sujeito a partir da necessária contenção de alguns instintos e pulsões, que deverá ceder um tanto de sua felicidade e liberdade, para adequação às normas que lhe trarão segurança e garantirão a sua própria existência. Esta leitura moderna abre a possibilidade de refletirmos sobre como tais renúncias se atualizam e em nome de quais vantagens para nossa vida em civilização, que poderão nos evidenciar sobre como as novas formas de subjetividade tem se apresentado na atualidade.

Se o mal-estar é, então, constitutivo, pois não há vida fora de uma civilização, afirmar sua extinção é da ordem do impossível. Por tal impossibilidade, a constituição do sujeito se organizará sempre em torno de uma falta, pois falta ao ser algo que lhe traga a garantia de uma satisfação completa. É por esta via que Freud (1996) traz à luz o conceito de desamparo na origem do desenvolvimento humano, bem como da construção de sua subjetividade. Tal conceito atua a partir da impotência original do ser humano que, desde o seu nascimento, experimenta a sensação de estar desamparado frente a sua relação com o mundo externo, o qual dependerá necessariamente que outros indivíduos intervenham na trama de sua existência. No entanto, é justamente por sua condição de impotência que, a partir da intervenção do Outro, o bebê vivencia sua primeira

experiência de satisfação que jamais se repetirá, implicando, assim, numa série de vicissitudes na vida do sujeito, conforme aponta Freud (1996):

Quando a pessoa que ajuda executa o trabalho da ação específica no mundo externo para o desamparado, este último fica em posição, por meio de dispositivos reflexos, de executar imediatamente no interior de seu corpo a atividade necessária para remover o estímulo endógeno. A totalidade do evento constitui então a experiência de satisfação, que tem as consequências mais radicais no desenvolvimento das funções do indivíduo (p. 370).

Tais consequências radicais se dão a partir da dimensão relacionada diretamente à situação psíquica de desamparo: a impossibilidade de satisfação pulsional diante do outro, colocando o sujeito no encontro com a vivência da perda e da angústia. Desta maneira, o desamparo é a condição originária da subjetividade humana, assim como o seu horizonte contínuo, ao passo em que toda a dinâmica defensiva e a mobilização da angústia é, em última instância, uma investida de prevenção da sua repetição (Campos & Silva, 2020). Ao sujeito em sua estrutura desamparada, portanto, fica evidente a necessária atuação de um outro para sua tentativa de um retorno à experiência de satisfação com o mundo, que, por tal, se coloca em posição de submissão à interpretação deste sobre suas ações. No entanto, para além de um outro que satisfaça suas necessidades básicas para sobrevivência, há de se considerar que este que cuida é também um ser da linguagem que lhe apresentará a palavra, os significantes e os símbolos próprios da ordem social, fazendo emergir, assim, o Outro.

Ao seguir o curso de Lacan, há de se deparar com o fato de que há sempre uma perda imanente à entrada ao campo simbólico das representações, e que, por esta via, colocará o sujeito, em contraposição à noção de indivíduo em seu puro estatuto orgânico, como efeito da articulação significante. Tal perda é o que o autor denomina como objeto *a*, um objeto da falta, que atuará enquanto causa de desejo, movimentando-o em busca de mais objetos que o conduzam a uma satisfação a partir do seu encadeamento significante. Em suma, há uma perda à entrada no campo da linguagem, e é através desta mesma dimensão

linguageira – que inclui as normas, valores e ideais de uma cultura – que o sujeito se reconhecerá e construirá os sentidos que lhe serão comuns, embora esta nunca preencha a consistência do seu ser, que no entanto, é falta-a-ser. Por sua característica faltosa, o sujeito se constituirá, em sua subjetividade, diante da busca por objetos que lhe tragam a possibilidade de um retorno dessa satisfação originária, alienando-se ao Outro simbólico, que o recobrirá pelo universo de significações que lhe são constitutivos. Tal é a tentativa de alcançar algo que garanta sua satisfação, a partir da construção dos sentidos possíveis, e as identificações com as quais se verá representado, embora jamais complementem toda sua dimensão subjetiva.

A linguagem, portanto, é não-toda, justamente porque ela não completa o sujeito em sua falta, embora seja a própria linguagem que faça ele advir. Neste sentido, pensar na ética diagnóstica na contemporaneidade nos coloca a refletir sobre como os nomes contidos nos manuais estatísticos podem vir a atuar a serviço de uma lógica que busca erradicar o que nos é constitutivo: a falta, o mal-estar, a impotência original; haja vista não haver nomeação capaz de definir um sujeito na sua totalidade. Agora, talvez uma destas questões a serem levantadas, é: como se haver com essa falta que é inerente ao ser?

É por esta via, portanto, que no contemporâneo vemos crescer os discursos que se fundamentam nas ciências médicas ao propagarem a normatividade contida em manuais como o DSM que, ao se empenharem em controlar a gramática do sofrimento, enquanto um dos eixos fundamentais de conservação do poder, buscam construir um sentido comum a partir de nomes que qualificam os diferentes modos de ser na tentativa – sempre fracassada – em tamponar a falta estruturante, o desamparo fundamental (Safatle, Junior & Dunker, 2021). Por seu fracasso demarcador, talvez, se explique a espantosa necessidade do aumento recorrente das classificações diagnósticas.

Atualmente, contemplamos os adventos de uma norma diagnóstica, onde tudo que caracteriza o singular – e que foge a alguma regra que alude ao ser

produtivo – recebe um nome, é catalogado e diagnosticado. Tal fenômeno é o que se nomeia como psicopatologização da vida e que tem implicações notórias nas modificações das subjetividades de nossa época. Seus efeitos evidenciam-se ao revelarem-se enquanto ato mortífero ao próprio sujeito, pois se por um lado o diagnóstico é uma classificação que insere o sujeito a um grupo, que se vê representado por determinadas características que descrevem e legitimam uma forma categorizada de ser, conforme bem aponta Vieira (2001); por outro lado nota-se que tal legitimidade movimenta-se em congruência aos tratamentos médicos disponíveis, ao retorno de uma normatividade social que, no entanto, encontra-se a serviço do poder. É neste sentido que problematizamos as construções diagnósticas de nosso tempo enquanto aquelas que atuam em suspensão do que alude ao próprio sujeito.

O Abandono à Dimensão Sóciopolítica nos Processos Psicopatologizantes

Amparados pela psicanálise, compreendemos que a subjetividade do ser falante é aquela que se constitui em sua íntima relação com a linguagem e os discursos aos quais os sujeitos estão inseridos construindo os sentidos compartilhados e que formarão os laços sociais. É neste sentido que as formações sociopolíticas da atualidade tanto nos interessam para pensar a produção de subjetividade, bem como a constituição do sujeito de nossa época.

Desta forma, vemos eclodir discursos psicopatologizantes propiciados e disseminados pelas narrativas que encontram-se pareadas ao neoliberalismo. Conforme aponta Junior (2021):

Há um sujeito que foi produzido especificamente pela formação discursiva neoliberal, com suas formas de verdade, seus valores morais, suas instituições sociais. Nesse sujeito, uma ideia precisa de liberdade está presente, a saber, a liberdade senão como independência comportamental, pelo menos como não submissão moral do indivíduo às normas sociais (p. 259-260).

Esta narrativa que conduz e concede à insubmissão moral às normas traz a ideia de liberdade frente às antigas regras de produção, uma autonomia alienada à garantia do capital. Temos, portanto, um salto da lógica mercantil do sujeito “útil e dócil” foucaultiano, em uma transmutação necessária ao sujeito do “desempenho” em sua liberdade coercitiva, evidenciado por Byung-Chul Han (2021) em suas discussões. Aponta-se uma liberdade coercitiva em sua natureza pela lógica aprisionadora do neoliberalismo, que em sua célere proposição desautoriza o que há de singular nesta proposta libertária.

A liberdade aqui orientada, caminha muito mais em acordo à produção de seu desempenho na sociedade que, não mais necessita de um outro para “vigi-
giar” os processos de sua produção e/ou “punir” sua incapacidade produtiva, colocando o próprio sujeito nesta posição auto-exploratória. Por este motivo, Han (2020) propõe pensar o neoliberalismo como um propulsor do que nomeou por “psicopolítica”, enquanto atualização da moderna Biopolítica postulada por Foucault. A psicopolítica enquanto técnica, portanto, compreende que os processos psíquicos são de suma relevância para manutenção do poder neoliberal na medida em que, a partir da otimização de si, submissão, liberdade e auto-exploração, serve às forças em dominação como fonte de produção. O valor moral e ético se inverte, neste sentido, aos valores que se referem ao capital, assim como o próprio valor do sujeito que se encontra referido ao seu desempenho como mercadoria utilitária.

É neste território que as psicopatologias vêm tomando notáveis espaços, construindo suas raízes, contraditoriamente, adoecedoras. Ao sujeito que trepida nesse ideal de desempenho, são oferecidas categorias diagnósticas que justifiquem sua incapacidade de ajustamento à regra neoliberal. Tais categorias, no entanto, não estão à sua mera disposição para autorização do que desponta enquanto sua singularidade, embora seja essa a ideia que majoritariamente os discursos científicos tendem evidenciar.

Nota-se que há duas perspectivas básicas nessa categorização a um nome comum ao sujeito “desajustado”: a primeira perspectiva serve ao consumo de tratamentos que advém do termo elencado para seu sofrimento – ou seu desajustamento; a segunda evidencia-se por um viés que tratamos como alienação via colagem significativa que coloca o sujeito em submissão frente ao imperativo de seu diagnóstico, impossibilitando-o bordejar tal problemática, que desperta enquanto sofrimento, a partir de seu próprio desejo e encaminhamento singular. A primeira perspectiva, portanto, posiciona o sujeito enquanto consumidor, a segunda, alienado ao Outro da ciência. Ambas as posições extirpam a noção de subjetividade, conduzindo o sujeito a meros clientes aptos a consumir os objetos produzidos pelo seu lucrativo mercado. Há de se considerar também o efeito violento dessa incidência, como explicita Soler (2018):

(...) todo juízo que atribui um significante a um sujeito exerce uma violência sobre esse sujeito. O que quer dizer que o caráter injurioso não depende tanto do sentido do significante quanto da própria predicação, a predicação que vem do Outro, um Outro que formula “você é isso ou aquilo” – seja isso positivo ou negativo. O “isso ou aquilo”: o significante predicado, faz injúria ao sujeito. O que quer dizer que ele recalca e aliena seu ser próprio. Há uma violência da predicação e a predicação do diagnóstico não escapa, em absoluto, dessa estrutura geral. **As palavras que nos imputam nos violentam** (pp. 43-44, grifos nossos).

É por esta via violenta que categorias que são descritas pelo Outro nos acomete em nossa subjetividade, extirpando as possibilidades de ser, tornando escassa a articulação significativa e um possível atravessamento daquilo que se apresenta enquanto sofrimento. O discurso psicanalítico nos auxilia, pois se encontra avesso a tais ideais psicopatologizantes. A partir da escuta do sujeito do inconsciente, para além do que se apresenta por seu diagnóstico, marca o real que fura qualquer iniciativa de estabelecer uma padronização ao que concerne o sujeito, interrogando-se e interessando-se pelo sujeito por trás das nomeações diagnósticas e identificações que possam advir destas. Tais identificações evidenciam-se, portanto, como uma forma de alienação ao Outro científico,

estancando o escoamento metonímico do desejo e a composição metafórica do sintoma, perdendo-se, assim, algo da própria singularidade do sujeito, agora ancorado em um nome e esvaziado de seu caráter evanescente e fugaz. Ainda, em acordo com Vieira (2001) consideramos que:

(...) através do agrupamento de fenômenos em uma classe damos a conhecer um indivíduo, mas perdemos o sujeito. Quanto mais se delimita o eu através de seus nomes, títulos e as roupagens imaginárias que lhes são inerentes, mais se oculta o real do desejo inominável que habita o sujeito e que circula entre estes significantes mestres (p.172).

É pela via da evidente perda do sujeito quando delimita sua forma de ser a um nome comum, ofertado pelo Outro da ciência que o aliena para o desempenho que urge a necessidade de compreender a psicopatologização em seu efeito violento de dessubjetivação. Ora, o que resta do sujeito após tantas psicopatologizações embutidas nas nomeações? Para melhor investigarmos esta questão, é preciso antes, tecer implicações a respeito do fenômeno da nomeação que, segundo Soler (2018), advém da impotência do significante, sendo o processo de identificação do sujeito crucial nesta explanação.

Neste sentido, retornamos à noção do desamparo, já explicitado neste artigo, para afirmar que tal processo identificatório nos constitui justamente por nossa falta originária. É por esta via que a trama familiar e as instituições culturais são essenciais na identificação do sujeito em sua relação com o mundo. O sujeito, então, neste processo, é inserido no discurso do mestre, que através do S1, o significante mestre, determinará de forma imaginária o ideal do eu da cultura, assim como delimitará as regras a partir de suas leis e limites de gozo adjacentes, conforme bem aponta Soler (2018). Seguindo o ensino de Lacan (1992), observa-se que tal organização identificatória é constitutiva, embora sirva como enodamento do sujeito aos ideais de dominação, sendo seu efeito o próprio mal-estar. É neste sentido que notamos a influência das narrativas neoliberais nas identificações com as quais os sujeitos estão expostos na atualidade.

Um eu ideal completo, sem furos e que está fadado ao fracasso em sua utópica referência identitária. Por tal razão, Soler (2018, p. 122) afirma que “apesar de seus esforços para se identificar, o sujeito não é identificável, e se vê levado a nomear e que aspira a ser nomeado, às vezes.” O nome, portanto, é aquele que o dá um lugar quando o processo identificatório fracassa, é, ainda, aquele que trará sentido quando o sujeito encontra-se com o Real de sua impotência. No entanto, cabe notar que a nomeação tem seu sublime valor para a construção de sentido, contudo quando pautado pela lógica cultural da atualidade, retorna sua significação à partir do Outro representado pela medicina, aprisionando o sujeito a um nome catalogado que produzirá, em consequência, o apagamento do que se refere ao seu desejo.

Na atualidade observa-se a propagação dos discursos psicopatológicos para além dos consultórios médicos, que ganham maior amplitude pelo processo de identificação que lhe é inerente. É notável, por exemplo, o modo pelo qual as redes sociais propiciam a popularização dos diagnósticos. Conteúdos que dizem respeito a Transtornos como o de Déficit de Atenção e Hiperatividade (TDAH), Boderline, Depressão, Ansiedade e Autismo, por exemplo, chamam a atenção por seu excessivo consumo por parte da população. Nota-se, no entanto, que tal configuração se dá pela identificação possível com uma forma de ser, justamente devido ao fato de a nomeação de um diagnóstico atribuir um respectivo valor ao seu “desajustamento” e, conforme aponta Soler (2018, p. 35), notamos, inclusive, que “os próprios sujeitos o demandam: ‘diga-me o que sou, diga-me o que tenho’, eles querem etiquetas, o que talvez os tranquilize diante do desconcerto existente.”

É neste sentido que as modificações da subjetividade de nossa época se encaminham para uma tentativa de ajuste à norma que terá sua justificativa – seu sentido de existir – atrelada ao desempenho de suas funções. A psicanálise, no entanto, nos auxilia, pois se endereça ao sujeito, à história que ele narra sobre si, para além do fenômeno apresentado e que possa vir a se categorizar.

Como nas palavras de Lacan (1981, p. 166) “(...) não temos essa confiança *a priori* do fenômeno”, pois o fenômeno não nos diz e, em primeira instância, não supõe um sujeito que incide na linguagem. O fenômeno, portanto, é aquilo que encontramos nos manuais diagnósticos, a partir de um saber já estabelecido, já disposto em sua verdade. Assim, ao nos debruçarmos primeiramente neste engodo, recuamos diante da palavra, deixamos de escutar o sujeito que está à nossa frente e que está ali a nos endereçar algo.

Seja na clínica individual ou no contato em territórios onde o psicólogo pode vir a atuar em rede, cresce com recorrência a demanda a estes profissionais para que conduzam sua atividade pareados aos discursos psicopatologizantes. É por esta via que afirmamos a urgência de manter-se atento às modificações sociopolíticas da atualidade e as significações que compõem seus discursos, que se traduzem pelo neoliberalismo em ascensão, e que trarão efeitos tanto na subjetividade do ser sofrente, quanto na constituição do sujeito imerso nesse universo simbólico.

Para Concluir...

Acreditamos que, a partir da discussão contida neste artigo, podemos compreender que o processo de constituição do sujeito e sua subjetividade caminha por vias que estão para além do que se compreende nos discursos em dominação da atualidade que, ao amparar-se em uma ciência positivista, sustenta sua inautêntica verdade. O sujeito na psicanálise como sintaxe do inconsciente em relação ao campo da linguagem se caracteriza por sua dimensão não-toda, justamente pela inexistência de significantes, palavras, nomes que abarquem a totalidade do seu ser. Existe, portanto, um Outro, enquanto tesouro dos significantes, que nos transmite algo da vida, da linguagem; esse Outro que nos atravessa e que a partir de seus cuidados e investimentos, conseguimos nos colocar na esfera social, cada um à sua maneira.

Assim, é fundamental que realizemos uma investigação do sujeito e sua subjetividade sob a ótica sociopolítica da atualidade para uma análise crítica sobre as atualizações destes no contemporâneo. Pela vasta psicopatologização da vida cuja qual somos testemunhas na atualidade, questionamos se, enquanto profissionais da Saúde Mental, estamos operando a partir dos atravessamentos políticos, econômicos, raciais, sociais, entre muito mais que transitam entre os sujeitos na contemporaneidade ou atuando acriticamente, em discordância evidente de nossa ética, servindo a mais um ramo em paralelo à dominação do poder.

Nos dias atuais, observa-se os inúmeros efeitos prejudiciais das violências de Estado, como a pobreza, o racismo em suas diversas facetas, o capacitismo, as homofobias, transfobias, entre outras tantas problemáticas que participam do contexto social, e que atuam como um furo à amarração do sentido comum. Tal é o desamparo social que se estabelece, conforme aponta Rosa (2002), que a escuta do sofrimento na atualidade necessita situar-se para além dos muros psicopatologizantes, pois a violência imposta pelo Estado que discrimina e exclui parte da população pode ser reeditada pelos próprios profissionais da Saúde Mental quando surdos à tais violências por também estarem imersos nessas lógicas narrativas. Nesta surdez, propõe-se o campo do indivíduo puramente biológico, naturalizado em seu sofrimento, exposto ao silenciamento e à alienação diagnóstica.

Sobretudo, há de se pontuar que nossa crítica está longe de uma discussão sobre a utilização do diagnóstico como algo desnecessário ou irrelevante. Compreendemos a importância do mesmo no processo do tratamento de alguns indivíduos que necessitam de medicamentos específicos para, inclusive, iniciar e sustentar a psicoterapia. No entanto, o grande aumento de diagnósticos e consumo de medicamentos psicotrópicos na atualidade apontam uma necessária revisão da linha tênue entre o “normal” e o “patológico”. A excepcionalidade de um diagnóstico tem se tornado regra e, por este motivo, afirmamos o necessário cuidado e uma ética com tal procedimento.

É por esta via que apostamos que as modificações subjetivas de nossa época também sofram interferência das nomeações advindas da psicopatologia em seus manuais estatísticos, que visam dar um sentido comum ao que desponta enquanto “desajustamento” à norma social e que prometem certa completude à aderência alienante de seus tratamentos ao sujeito que é, por constituição, faltante. No entanto, podemos somar forças de maneira positiva, auxiliando-os na descoberta daquilo que se encontra em sua narrativa singular, fora do que se constrói pelo Outro psicopatologizante de nosso meio social. Manter uma posição crítica neste oceano psicopatológico é também apostar na emergência do sujeito em sua singularidade, e na travessia daquilo que emerge enquanto sofrimento.

Que possamos estar presentes com nossa escuta em nossos ofícios, porque os discursos presentes no contemporâneo atuam na desautorização do sujeito em sua narrativa na tentativa de emudecê-lo, solicitando uma ilusória necessidade de agilidade. É preciso ser rápido, ligeiro, sanar as questões, responder a tudo, erradicar os problemas, as angústias, etc. Ao incluirmos tais premissas tão caras ao nosso tempo, corremos o risco de cair nesse circuito que tanto exclui o que é relativo à subjetividade dos sujeitos quanto adoece, extirpando qualquer espaço que possa autorizá-lo a de fato se questionar e criar continuamente sua resposta singular para a pergunta: quem sou eu?

Referências

CAMPOS, Érico Bruno Viana; SILVA, Amanda Nunes da. O desamparo como categoria afetiva fundamental do mal-estar na atualidade: um ensaio psicanalítico. **Rev. Psicol. UNESP**, Assis, v. 19, n. 1, p. 67-87, jun. 2020. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1984-90442020000100005&lng=pt&nrm=iso>. acessos em 23 jan. 2024. <http://dx.doi.org/10.5935/1984-9044.20200006>.

FRANCES, Allen. **Voltando ao normal**: como o excesso de diagnósticos e a medicalização da vida estão acabando com a nossa sanidade e o que pode ser feito para retomarmos o controle. Rio de Janeiro: Versal Editores. 2016.

FREUD, Sigmund. Projeto para uma psicologia científica. In: **Publicações pré-psicanalíticas e esboços inéditos**. Rio de Janeiro: Imago Ed. Standard Brasileira das Obras Completas, 1996.

FREUD, Sigmund. **O mal-estar na civilização** Vol. XXI, Rio de Janeiro: Imago, Ed. Standard Brasileira das Obras Completas, 1996.

HAN, Byung-Chul. **Psicopolítica — O neoliberalismo e as novas técnicas de poder**. Belo Horizonte: Editora Âyiné, 2020.

HAN, Byung-Chul. **Favor fechar os olhos: em busca de um outro tempo**. Petrópolis, Rio de Janeiro: Vozes, 2021.

JUNIOR, Nelson da Silva. O Brasil da barbárie à desumanização neoliberal: do “pacto edípico e pacto social”, de Hélio Pellegrino, ao “E daí?”, de Jair Bolsonaro. In: SAFATLE, Vladimir; JUNIOR, Nelson da Silva; DUNKER, Christian. **Neoliberalismo como gestão do sofrimento psíquico**. Belo Horizonte: Autêntica, 2021.

LACAN, Jacques. **O Seminário, livro 3: As psicoses**. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1985.

LACAN, Jacques. **O Seminário, livro 14: A lógica do fantasma**. Recife: Centro de Estudos Freudianos de Recife, 2008. Disponível em: <<https://clinicand.com/wp-content/uploads/2020/06/14-Jacques-Lacan-O-Semin%C3%A1rio-Livro-14-A-l%C3%B3gica-do-fantasma-1966-67.pdf>> Acesso em: 13/01/2024.

LACAN, Jacques. **O Seminário, livro 17: O avesso da psicanálise**. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1992.

LACAN, Jacques. Função e campo da fala e da linguagem em psicanálise. In: _____. **Escritos**. Rio de Janeiro: Jorge Zahar 1998.

ROSA, Miriam Debieux. Uma escuta psicanalítica das vidas secas. **Revista de Psicanálise TEXTURA**, n. 2, 2002.

SAFATLE, Vladimir; JUNIOR, Nelson da Silva; DUNKER, Christian. **Neoliberalismo como gestão do sofrimento psíquico**. Belo Horizonte: Autêntica, 2021.

CAPÍTULO 5

O CUIDADO RACIALIZADO EM SAÚDE MENTAL E O AQUILOMBAMENTO ATRAVÉS DO ACOMPANHAMENTO TERAPÊUTICO

Paula Oliveira dos Santos

Esthefany Borges Soares

Taynara da Glória Martins

Luana da Silveira

Doi: 10.48209/978-65-5417-249-6

Resumo: O objetivo desse trabalho é elucidar através de relatos de experiência e conceitualização como a prática clínica-política do acompanhamento terapêutico deve compreender a racialização do cuidado, de modo que seja possível construir uma horizontalidade na escuta entre pessoas negras. A partir do processo de desinstitucionalização, o Grupo de Pesquisa e Intervenção em Saúde Mental e Justiça da UFF- Campos passou a acompanhar Ayo¹, mulher negra e moradora do município de Campos dos Goytacazes. Nosso relato parte do encontro entre a acompanhada e três acompanhantes terapêuticas (ATs) estudantes de psicologia, sendo todas mulheres negras, que tensiona a influência acerca do cuidado racializado, como é explicitado em uma das cenas, onde as ATs arrumavam o cabelo da acompanhada para que ela pudesse se sentir segura e confortável em sair com o seus fios soltos. Os atravessamentos em torno dos cabelos das mulheres negras ainda são marcantes na atualidade, também se faz necessário que esse cuidado racializado perpassasse sob essa óptica.

Palavras-Chave: Acompanhamento Terapêutico; Cuidado Racializado; Aquilombamento.

¹ Nome de origem Iorubá que significa “alegria”.

Introdução

O presente artigo propõe-se a colocar em análise o acompanhamento terapêutico — AT, os atravessamentos raciais e a importância do aquilombamento para transformação das práticas psi. Para tal, abordaremos as experiências de AT do Grupo de Pesquisa-Intervenção em Saúde Mental e Justiça — GPISMJ, do curso de psicologia da Universidade Federal Fluminense — UFF Campos dos Goytacazes — RJ. Tais experiências proporcionam ecos e problematizações acerca do movimento de substituição dos manicômios do município por equipamentos previstos na Rede de Atenção Psicossocial — RAPS, que estão mais para a atualização do manicômio à céu aberto do que para a sua substituição.

O caráter alternativo da rede entre manicômio e Centro de Atenção Psicossocial — CAPS diz de serviços que não sustentam as demandas e não superam a lógica manicomial historicamente existente, por realizarem uma jornada de mãos dadas com perspectivas excludentes, que são reforçadas via estigmatização do sujeito louco e sua suposta periculosidade. Além da não responsabilização do CAPS frente às violações de direitos básicos dos sujeitos referenciados e sua responsabilidade no que diz respeito ao cuidado na atenção psicossocial. O caráter de reprodução de práticas manicomiais se pauta na lógica racista que constitui o campo da saúde mental e da atenção psicossocial, sobretudo em Campos dos Goytacazes.

Para Almeida (2019), o racismo é um processo político e histórico que constitui as subjetividades e as práticas sociais, o que garante as posições na estruturação de classe e no sistema de estratificação social. Desta forma, é notável a sua influência na escassez de políticas públicas para a população negra, sendo uma consequência deste, o mito da democracia racial. Posto que grande parte das pessoas que compõem as bancadas parlamentares e que constroem políticas públicas são pessoas brancas, isso tem um efeito drástico e violento na vida da população preta no Brasil.

De acordo com Ferreira et al (2017), a partir da criação da rede substitutiva, o cuidado em saúde mental passa a ter como fundamental premissa o movimento de defesa da vida e compreensão dos usuários enquanto cidadãos pertencentes à dinâmica comunitária. Para os autores, a partir da mudança de paradigma enquanto fruto do movimento da reforma psiquiátrica, há, para além da dimensão técnica das práticas de cuidado, uma dimensão cultural, em busca e defesa de uma mudança na perspectiva e valor social endereçados à loucura, viabilizando a tais sujeitos a vivência e participação da e na vida comunitária. Em se tratando de cuidado territorializado, é necessário o reconhecimento dos CAPS enquanto dispositivo fundamental em tal processo e a compreensão do entendimento de território para além da delimitação de espaços geográficos.

AYO: A Essência de tudo que se é Feliz ao Acompanhar

A desinstitucionalização da loucura marca um novo olhar para as práticas de cuidado dentro da saúde mental a partir da Reforma Psiquiátrica Brasileira tendo em vista que, a desinstitucionalização é um processo complexo, para além da desospitalização e evitar novas internações, essa lógica permite que possa gerir o cuidado à pessoa em sofrimento psíquico a partir dele próprio e não a partir do diagnóstico, fazendo com que o sujeito não tenha a patologia como centralidade no cuidado, e esse se dê em serviços comunitários. Esse processo põe em análise alguns constructos como doença mental, periculosidade, incapacidade, isenção de direitos, tratamento e confinamento, já que o processo de institucionalização coloca esses corpos em uma perspectiva de controle, sem que os institucionalizados tenham alguma autonomia sobre sua vida (ALVERGA; DIMENSTEIN, 2006).

É por meio da desinstitucionalização que apresentamos o método cartográfico do Acompanhamento Terapêutico (AT), que servirá de amostra para os futuros relatos. A proposta de Analice Palombini (2006) aponta o acompanha-

mento terapêutico como possibilidade política que ajuda a pensar essa questão. A autora considera em sua análise que o AT possibilita o rompimento com a lógica manicomial, que segrega e trancafia pessoas para fora da sociedade. Dessa forma, o AT:

Se dá entre lugares, entre o serviço e a rua, entre o quarto e a sala, fora de lugar, a céu aberto, – presentifica uma exigência que a reforma psiquiátrica vem colocar aos seus profissionais, seja qual for o dispositivo em causa: o fato de que uma clínica a serviço dos processos de desinstitucionalização coloca em jogo a desinstitucionalização da clínica mesma (PALOMBINI, 2006, p.117).

Nossos relatos de experiência tomam como partida o Grupo de Pesquisa e Intervenção em Saúde Mental e Justiça (GPISMJ) da Universidade Federal Fluminense-UFF, Campos dos Goytacazes, localizado no norte do estado do Rio de Janeiro. A fim de contrapor o cuidado colonial e manicomial, o GPISMJ nasceu no ano de 2014 tendo como norteador fundamental o Acompanhamento Terapêutico (AT) que, ousadamente, parte de uma inversão da lógica liberal de cuidado em saúde mental numa cidade marcada por amarras coloniais. Assim, o grupo acompanha onze pessoas em situação de sofrimento psíquico grave, que são curatelados pela justiça ou pela família, e têm histórico de internação compulsória, foram encaminhados pelo Ministério Público — MP e pela Rede de Atenção Psicossocial (RAPS).

Neste trabalho, debruça-se sobre os atravessamentos acerca do acompanhamento terapêutico de uma mulher negra que iremos nomeá-la por Ayo, de quarenta e um anos, que devido à interseccionalidade entre gênero, raça e classe seu corpo está sugestivo a inúmeras violências institucionais e estatais, e vinculado ao estigma da loucura, contribuiu para quinze anos de diversas internações em manicômios da cidade de Campos dos Goytacazes. A partir do processo de desinstitucionalização, ela passou a ser acompanhada pelo GPISMJ e atualmente conta com duas acompanhantes terapêuticas (ATs), sendo ambas mulheres negras, e ao longo de seu percurso a grande maioria de suas ATs são

mulheres racializadas. Esse cenário marca o rompimento com as epistemologias de cuidado embranquecidas e busca o aquilombamento das práticas psi no AT e no cuidado racializado.

A princípio, vamos abordar o contexto histórico e social desse município, e assim apresentar as particularidades desse AT em terras Goitacá². Numa cidade onde mais de 50% da população se autodeclaram como negros (Brasil, 2021), o manicômio é tradicionalmente compreendido enquanto cuidado em saúde mental no território. Desse modo, vale realizar o questionamento acerca do local ocupado pelo louco, ou melhor, destinado à loucura. Loucura essa sem cor, oficialmente, que de acordo com pesquisa realizada por Bruna Pinto Martins Brito (2015) acerca do perfil dos usuários do Hospital Psiquiátrico Espírita Dr. João Viana, com a análise de 786 prontuários, observa-se que nenhum deles consta o quesito raça e contando com uma prevalência de diagnósticos, tendo um público-alvo no que se refere a perfil diagnóstico.

Em sua dissertação de mestrado, Elaine da Silva Siqueira (2022) aponta o caminho traçado em relação ao cuidado em saúde mental no município, via abertura de dois manicômios: Henrique Roxo e João Viana. Em 1942, Siqueira (2022) coloca que foi criado o Instituto de Doenças Nervosas e Mentais, o Sanatório Henrique Roxo, a partir da articulação de alguns psiquiatras e sociedade civil, sendo envolvida na construção de um local de suposto cuidado e atenção para os sujeitos em sofrimento psíquico. Tal instituição encerrou suas atividades no ano de 2017 e em 2020 o que é ainda mais recente, o Hospital Psiquiátrico Espírita Dr. João Viana fechou suas portas. Ambos fechamentos deram-se posterior às mudanças a partir da implantação das políticas de saúde mental na cidade, do reforço da rede substitutiva de cuidado, via ampliação de leitos em CAPS III e mudança na gestão do Posto de Urgência Psiquiátrico (PU), o município ainda conta com um CAPS II, um CAPS ad e um CAPSi.

2 O município de Campos dos Goytacazes ganhou esse nome devido aos “Índios Goitacá”, que foram os primeiros habitantes desse território.

Assim, como vários moradores de Campos, Ayo passou quinze anos de sua vida transitando em internações nos dois manicômios e a partir do projeto de desinstitucionalização no Sanatório Henrique Roxo, conhecemos Ayo, tendo sido o início do acompanhamento terapêutico, que posteriormente integrou o GPISMJ. Atualmente, através de encontros semanais, as acompanhantes estabelecem um contato muito próximo com a Ayo, que sempre traz em suas demandas questões em torno da busca de moradia, por residir numa Unidade de Acolhimento do SUAS para pessoas em situação de rua desde a pandemia do covid-19 e pela vulnerabilização gerada por não ter uma vida financeira, visto que ela tem direito ao Benefício de Prestação Continuada (BPC) há anos e não tem acesso ao mesmo, apesar do AT ter mobilizado o Ministério Público e a Defensoria Pública para a garantia desse acesso. Contudo, o seu corpo é atravessado e negligenciado por meio de violências que envolvem principalmente a precariedade de ações por parte das instituições, deslegitimação e julgamentos morais como veremos a seguir.

A pesquisadora Carla Akotirene (2019), ao apontar para as interseccionalidades, indica a necessidade de se considerar as inúmeras barreiras construídas, de forma estrutural, que atravessam os corpos e dizem da inseparabilidade das lógicas racistas, capitalistas e cisheteropatriarcais, que irão produzir violências em que as mulheres negras serão atingidas copiosas vezes pela sobreposição de gênero, raça e classe. Em uma das cenas presenciadas pelas ATs, a Ayo aparece com cabelo alisado e relatando que havia sido levada ao salão pela coordenadora do Acolhimento Institucional onde reside, logo houve um estranhamento por parte da dupla de ATs visto que a mesma nunca havia relatado o desejo de fazer alisamento capilar, essa situação onde a acompanhada foi posta apenas serviu como mais uma das tecnologias racistas para embranquecimento e padronização dos corpos.

Em nossos encontros com a Ayo trabalhamos a sua autonomia, autoestima e autenticidade, sempre partindo de uma escuta ativa, “política de amizade”³ (DERRIDA, 2003) e aquilombamento. Ayo gosta muito de fotografias e em um momento de fragilidade após rompimento com seu parceiro, uma de suas ATs realizou alguns registros fotográficos da mesma para que ela visualizasse o quanto estava linda e radiante mesmo “estando” sozinha. A fotografia tem sido utilizada como método para trabalhar com ela a sua autoestima, sempre que se vê nas fotos relembra o quanto é bonita e autêntica, sem precisar de alguém que a diga isso. A mesma sempre pede para que as fotos sejam reveladas para que ela possa olhar todos os dias em seu armário e ver o quanto seu sorriso e ela como um todo é bonita.

Outro obstáculo encontrado pelo AT é trabalhar a autonomia da acompanhada, a todo momento há um grande questionamento em como trabalhar a autonomia do sujeito se não há garantia de acesso a direitos básicos? Além disso, devido ao seu sofrimento psíquico, ela é constantemente infantilizada e invisibilizada nos espaços que transita, ao mesmo tempo, sua vida sexual é sempre colocada em pauta de forma pejorativa. É corriqueiro escutarmos dos profissionais da rede e da assistência o quanto ela tem uma “carga sexual muito grande”, algo recorrente na vida de mulheres negras que são hipersexualizadas e objetificadas desde o processo da escravização, os impactos do racismo e sexismo atrelado ao sofrimento psicossocial é ainda mais violento quando se trata dessas mulheres.

As barreiras enfrentadas pelo acompanhamento terapêutico da Ayo passa o campo da assistência, saúde e jurídico, de forma que impossibilita que ela consiga alcançar sua autonomia. Desta maneira, Dimenstein (2006 apud Lavrador, 2001) afirma que parte da problemática é fruto dos “desejos de manicômios” existentes nas práticas de cuidado dos profissionais, na medida em

3 Conceito de Derrida, 2003. Acesso em: <<https://www.scielo.br/j/ptp/a/75c3B78sqgV9HypxRZ-M64Ss/>>

que muitas vezes, (re)produzem um fazer centrado no isolamento e controle, bem como na tutela do outro. Isso reflete diretamente na falta de adesão da Ayo a frequentar as oficinas do serviço substitutivo no qual é referenciada, o CAPS III. Em um diálogo quando a questionamos por não ter ido à oficina, ela respondeu que o CAPS havia fechado, sua resposta serviu como ponto de análise para o grupo como todo, o fato de assim como ela, outros acompanhados também relataram a falta de desejo de ir ao CAPS. Podemos entender a sua fala como analisadora do “fechamento” do CAPS para as suas demandas e a dificuldade em ser vista e escutada.

Neste contexto, o campo da saúde é marcado por políticas em que o cuidado diz sobre cenários, seja em normativas ou seja em suas práticas, cujo desalinho com as políticas públicas e um projeto societário engajado no combate às opressões e violências representa a (re)produção de uma lógica colonial e reverbera no processo de produção e reprodução de subjetividades e de forjamento de outro(s) possíveis (OLIVEIRA, 2022a).

Enfrentar o racismo na saúde envolve a construção coletiva de um modelo de atenção que se baseie no letramento racial como motor de ação e que reconheça adequadamente a importância do conhecimento tradicional e ancestral gerado por diversos grupos e comunidades negras. Abrindo, assim, espaço para a problematização do que é entendido e legitimado enquanto cuidado em terras Goitacá, posto que o manicômio, por excelência, é locus de estabelecimento de mortes físicas e existenciais. Aposta no caminho de manutenção da produção e reprodução da dissidência existencial do louco enquanto desvio, visto que são reduzidos a números da Classificação Estatística Internacional de Doenças (CID), carregam prontuários que revelam um projeto alinhado à manicomialização de corpos supostamente desviantes e a quem se destina o silenciamento, invisibilização e morte.

Deste modo, pensar no cuidado em saúde e mais especificamente em saúde mental, envolve problematizar os elementos que atravessam os encontros em que o cuidado é estabelecido, buscando compreender como a afetividade e o vínculo envolvidos na produção do cuidado esbarram nos marcadores de raça, classe, gênero e território (OLIVEIRA, 2022). O que nos leva a questionar: como considerar a possibilidade de criação de espaços quando se parte do impossível, no caso da Ayo, as intersecções presentes na localização social dos profissionais produtores do seu cuidado e do próprio lugar que ela ocupa? Tal questionamento não aponta para a impossibilidade de construção de modos possíveis, ou melhor, de um cuidado possível, mas sim para a sua consideração, concebendo que sua presença será inerente aos espaços e processos, na medida que as intersecções realizam presença estruturantes e estruturadoras. Dessa maneira, a temática do cuidado requer a problematização da branquitude e os modos pelos quais a não racialização do sujeito branco permeia sob essa perspectiva.

A Centralidade de Raça nas Relações Sociais

A importância de lançar mão do conceito de branquitude, em um primeiro momento, nos permite questionar o local ocupado pelo sujeito branco não racializado nas relações sociais e, em um segundo momento, refletir acerca das formas possíveis de apresentação da (re)produção do racismo. Os autores ressaltam que “a branquitude é assim entendida como resultado da relação colonial que legou determinada configuração às subjetividades de indivíduos e orientou lugares sociais para brancos e não brancos” (CARDOSO e MULLER, 2023, p. 28). Branquitude seria portanto:

[...] é um construto ideológico, no qual o branco se vê e classifica os não brancos a partir de seu ponto de vista. Ela implica vantagens materiais e simbólicas aos brancos em detrimento dos não brancos. Tais vantagens são frutos de uma desigual distribuição de poder (político, econômico e social) e de bens materiais e simbólicos. Ela apresenta-se como norma, ao mesmo

tempo em que como identidade neutra, tendo a prerrogativa de fazer-se presente na consciência de seu portador, quando é conveniente, isto é, quando o que está em jogo é a perda de vantagens e privilégios (CARDOSO e MULLER, 2023, p. 32).

Dessa forma, a não responsabilização do locus ocupado enquanto sujeito branco reverbera na não responsabilização de processos de produção e reprodução dos privilégios desse sujeito, justamente em um país marcado pelo processo de morte e mortificação da população negra via racismo. Além disso, Miranda (2023) aponta para a vinculação, mas também a diferença entre “o branco não se enxerga como grupo racial” e “o branco não se enxerga como privilegiado”, à medida que não se enxergam enquanto grupo racial e socialmente privilegiado, realizam acordos e desacordos que dizem de uma posição política frente ao passado colonial. No que tange o âmbito da saúde e da assistência, a atualização da personificação do colonizador atravessa os muros dos serviços através das práticas profissionais e influencia diretamente a vida de tantas outras Ayo.

Essa inserção sociocultural privilegiada culmina na não responsabilização das práticas discriminatórias e na afirmação do sujeito branco diante do outro dissidente. De modo que essa dinâmica é sustentada por uma lógica racista que dissocia os modos de existência não privilegiados. Ressalta a importância de compreender a localização social do negro no cuidado em saúde mental, que historicamente foi influenciado por uma psiquiatria e psicologia racialmente hegemônicas. Ao produzir saberes racializados e promover a inclusão nos espaços de cuidado, assim como o acompanhamento terapêutico buscar fazer com Ayo, há a criação de novas categorias de análise que reconheçam os efeitos políticos, sociais e culturais da construção histórica do outro.

Os corpos de mulheres pretas como estagiárias de psicologia, acompanhantes terapêuticas e redutoras de danos, assistentes sociais, enfermeiras e técnicas de enfermagem, cuidadoras de residências terapêuticas, que se confundem com de usuárias, tem as relações marcadas pela subalternidade, desqualificação, deslegitimação, confirmando estereótipos de mulher

“agressiva”, corroborando para a manutenção dos privilégios da branquitude, e racismo estrutural na dimensão institucional, que produz objetificação, desumaniza, sofrimento psíquico e adoecimento (Silveira & Arenari, 2023, p. 159-160).

O autor Silvio Luiz de Almeida, em “O que é Racismo Estrutural?” (2018), compreende o conceito de raça enquanto fenômeno histórico, cujo constructo comporta elementos como conflito, poder e decisão. Segundo ele, a história da Raça ou das Raças possui interferência no que diz respeito ao processo de constituição política e econômica das sociedades contemporâneas. Posto que, em tal dinâmica, o termo Raça é apresentado como elemento que atravessa a constituição filosófica-antropológica da compreensão de sujeito universal, leia-se: homem, branco, cisgênero, heterossexual e europeu. Tal processo proporciona locais e hierarquias entre povos, criando categorias como civilizados e primitivos, reverberando na possibilidade de extermínio e colonização. Desta maneira, em se tratando de racismo, o autor (2018) o entende como resultado de estruturas sociais compostas por relações políticas, econômicas, jurídicas e familiares, que não ocupa locus patológico, mas é uma miscelânea institucional e faz parte do racismo estrutural. Como resultado de processos criativos históricos e políticos, proporciona direta e indiretamente as condições para a discriminação sistêmica contra grupos racialmente identificados. Por isso, denuncia a responsabilização legal como ineficaz na erradicação dos mecanismos que criam a desigualdade racial.

Assim, tal classificação dos seres humanos passou a servir como uma tecnologia do colonialismo de modo que promovesse a destruição e submissão de outras populações que não estivessem no eixo Europa (ALMEIDA, 2018). Para Mbembe (1900) essa dominação tornou-se um projeto de universalização para inscrever os colonizados nesse espaço da modernidade. Assim, é nesse contexto de contemporaneidade que a Raça passa a ser um conceito central, de modo que o fim do colonialismo e da escravização operam juntos

como fundamentos irremediáveis dessa sociedade.

As referências de a ‘bestialidade’ e ‘ferocidade’ demonstram como a associação entre seres humanos de determinadas culturas, incluindo suas características físicas, e animais ou mesmo insetos é uma tônica muito comum do racismo e, portanto, do processo de desumanização que antecede práticas discriminatórias ou genocídio até os dias de hoje (Almeida, 2018, p. 28-29).

Trazendo para o contexto brasileiro do século XX para a discussão, o médico psiquiatra Henrique Roxo (1904), em sua tese, afirmava que a raça negra estava atrelada a inferioridade intelectual, loucura e degeneração (DAVID e VICENTIN, 2020), isso se deu após a análise do *Quadro estatístico dos doentes internados no pavilhão de observação do Hospital Nacional de Alienados — HNA (1894-1903)*. Esses dados apontam para como as ciências biológicas moldaram a construção da noção de raça no Brasil e utilizavam como controle social essa suposta inferioridade da população negra. Desta forma, posteriormente, nos anos de 1920 e 1930, pela Liga Brasileira de Higiene Mental (LBHM), esse discurso de inferioridade racial ganhou força, surgindo assim novas teorias eugenistas como o “mito da raça paulistana”. Esse mito serviu como uma política de branqueamento, perpetuando o discurso de uma certa “descendência” dos bandeirantes. De modo que no período da abolição da escravidão foi marcado pelo forte incentivo à imigração europeia, seguindo o discurso de: “Miscigenar-se para ‘embranquecer’ jamais para empretecer” (Deus, 2000, p.3 apud David, 2023, p.43). Abdias Nascimento em o *-Genocídio do Negro Brasileiro-* (1978) aponta para que esse branqueamento da raça é uma estratégia de genocídio do povo preto:

Como nos asseguram os etnógrafos, e como pode ser confirmado à primeira vista, a mistura de raças é facilitada pela prevalência do elemento superior. Por isso mesmo, mais cedo ou mais tarde, ela vai eliminar a raça negra daqui. É óbvio que isso já começa a ocorrer (Veríssimo, apud NASCIMENTO, 1978, p. 84).

No final dos anos 30 a política de embranquecimento perde fervor e passam a discutir cor e raça a partir de uma nova perspectiva, como uma categoria social. Consequentemente o negro passou a ser apercebido como um problema social através da análise sociológica do discurso anti-racista da época (Kabengele Munanga apud Carneiro, 2023, p.42), seu discurso sobre si mesmo era deslegitimado e desqualificado enquanto o discurso do branco sobre o negro ganhava autoridade (CARNEIRO; 2023). Tal contexto traz a tona uma das mais importantes e crueis facetas do racismo, a desumanização e deslegitimação do sujeito negro.

Ao descrever os relatos sobre a vida de Ayo, fica perceptível o quanto a sua existência ocupa um lugar transitório entre essas crueis facetas do racismo citado acima, pois ao passo que é vista como louca também há ali um corpo negro e pobre. É crucial apontarmos para o fato dos sujeitos brancos responsáveis pela produção de cuidado da Ayo se sentirem confortáveis em negligenciá-la e os impactos dessa violência na sua construção subjetiva, uma vez que no Brasil o racismo é considerado um crime perfeito, na medida em que se assume a existência do racismo, se nega a existência do local de racista, quando se busca pelo racista, ninguém é encontrado (MUNANGA, 2017).

Nos apoiando a Lélia Gonzalez (2020), discorreremos sobre o duplo sentido estabelecido pelo mito da democracia racial e a sua violência simbólica sobre a mulher negra, constatando que para além do endeusamento mítico do corpo da mulata durante o rito de carnaval, há, paulatinamente, o papel sociocultural de empregada doméstica atribuído a essa mulher cotidianamente, sendo nada além do que uma atualização da mucama, prestadora de bens e serviços, responsável pelo cuidado de sua família e da família dos outros. Tal situação evidencia que tanto a mulata quanto a doméstica, fazem parte de um único modo de operação social destinado a mulher negra, será ela o sujeito responsável por realizar o sustentamento de tais atribuições (GONZALEZ; 1984). Em suma, para a auto-

ra, o racismo se constitui como a sintomática que caracteriza a neurose cultural brasileira.

E assim, temos, diante dos olhos, uma radiografia a mais da famigerada “democracia racial”, em cujo contexto o homem negro e a mulher negra só podem penetrar de forma sub-reptida, pela porta dos fundos, como criminoso e como prostituta (NascimentoASCIMENTO, 1978, p. 76).

Fato é que tanto a figura da mulata e os traços étnico culturais dos afro-descendentes brasileiros serviram como justificativa para essa suposta democracia racial, ao passo que era postulado que “[...] a sobrevivência de traços da cultura africana na sociedade brasileira teria sido o resultado de relações relaxadas e amigáveis entre senhores e escravos.” (NASCIMENTO; 1978). De certo modo, isso exclui o fato de que esses traços etnoculturais foram integrados à cultura brasileira devido a 350 anos⁴ (Agenda Bonifácio, 2022) de escravização e a retirada forçada desses povos de suas terras. Esse discurso potencializa a naturalização de desigualdades e legitima a segregação e o genocídio.

Para os antigos Panteras Negras, Hamilton e Ture (Hamilton e Ture apud Almeida, p. 45), o racismo institucional é uma versão peculiar do colonialismo. Assim, essa prática vem sendo marcada pelo poder como elemento central das relações raciais, de forma a converter-se em um mecanismo do Estado que historicamente vem o legitimando. Essa legitimação da segregação dentro da democracia se dá através da renovação do capitalismo, pois para ser renovado precisa que haja também uma reestruturação do próprio racismo (ALMEIDA; 2019). Isto sugere que o mito da democracia racial contribui para a manutenção do racismo institucional.

O racismo institucional é o fracasso das instituições e organizações em prover um serviço profissional e adequado às pessoas em virtude de sua cor, cultura, origem racial ou étnica. Ele se manifesta em normas, práticas e comportamentos discriminatórios adotados no cotidiano do trabalho,

4 Acesse em: <<https://agendabonifacio.com.br/entrevistas/o-brasil-ficou-350-anos-viciado-na-escravidao-porque-todos-os-ciclos-economicos-foram-construidos-com-mao-de-obra-escrava-diz-o-jornalista-e-escriptor-laurentino-gomes/#:~:text=Essa%20%C3%A9%20a%20raiz%20do,a-nos%20sob%20um%20regime%20escravocrata>>.

os quais são resultantes do preconceito racial, uma atitude que combina estereótipos racistas, falta de atenção e ignorância. Em qualquer caso, o racismo institucional sempre coloca pessoas de grupos raciais ou étnicos discriminados em situação de desvantagem no acesso a benefícios gerados pelo Estado e por demais instituições e organizações (CRI, 2006, p. 22).

Portanto, a sociedade brasileira é organizada se baseando em normas e padrões que são prejudiciais à população negra. Assim como dentro das instituições há uma naturalização do racismo e isso é um reflexo dessa sociedade. Ao buscar referências bibliográficas para esse trabalho, encontramos os escritos de outras AT's que passaram pela vida de Ayo e vimos os mesmos relatos que trazemos aqui. A sexualidade que sempre é colocada em pauta e lida como promíscua, a falta de acesso aos direitos e os processos de embranquecimento com os seus cabelos. Enquanto os profissionais de saúde não se atentarem e continuarem não levando em consideração os marcadores sociais que perpassam os usuários, violências como essas vão continuar se perpetuando.

Assim, torna-se evidente que há uma conformidade entre o racismo institucional e a biopolítica/biopoder, ao passo que as instituições não se reconhecem como (re)produtoras de racismo e vulnerabilidades. A autora Sueli Carneiro em “Dispositivo de Racialidade” (2023) salienta que o biopoder convoca o dispositivo de racialidade para determinar quem deve morrer e quem deve viver, sendo um elemento indispensável ao capitalismo para o controle dos corpos e consequentemente dos processos econômicos. Tal argumento afirma que o racismo ratifica o direito de matar diretamente ou indiretamente pelas mãos do Estado. Posto que a racialidade inscreve a branquitude no registro da vida e a negritude no signo da morte. (CARNEIRO; 2023).

O Aquilombamento Enquanto Política de Resistência

A escritora Beatriz Nascimento (1980) classifica o quilombo como matriz civilizatória que nos indica que o antirracismo é condição para a experiência democrática. Sendo assim, os quilombos passam a se tornar “brechas”

nesse sistema escravista e resistência como forma política. De encontro com o conceito desenvolvido pela autora, o psicólogo e pesquisador negro Lucas Veiga (2019), aborda que o encontro entre psicólogos negros e pacientes negros, tem efeitos subjetivos semelhantes aos dos quilombos construídos por nossos ancestrais, isto é: a escuta e o cuidado racializado torna possível o aquilombamento das práticas psi. Desta forma:

O quilombo representa um instrumento vigoroso no processo de reconhecimento da identidade negra brasileira para uma maior auto afirmação étnica e nacional. O fato de ter existido como brecha no sistema a que os negros estavam moralmente submetidos projeta a esperança de que instituições semelhantes possam atuar no presente ao lado de várias outras manifestações de reforço à identidade cultural (Nascimento, 2021, p. 294).

No que tange o processo terapêutico da Ayo, por meio do AT tencionamos o espaço do acompanhar como abertura para uma escuta psi e sua potência enquanto aquilombamento. De modo que compreendemos que o racismo é a espinha dorsal do sofrimento psicossocial de pessoas negras, e o aquilombamento rompe com essa lógica. Quando há uma troca mútua e cuidado entre as três pessoas em cena, as ATs e a Ayo, isso fica explicitado no processo de cuidado com os cabelos dela, pois os atravessamentos em torno dos cabelos das mulheres negras ainda é algo marcante na sociedade, sendo assim também se faz necessário que esse cuidado racializado perpassasse sob essa óptica. Então, ao longo dos nossos encontros, notamos que isso era uma grande questão para ela e se o seu cabelo não estivesse “bonito” a mesma se recusava a sair, assim constantemente antes dos nossos encontros a céu aberto nos atentamos ao cuidado dos seus fios, no processo de “fitagem” e das conversas que surgiam durante esse momento.

É importante ponderar o quanto esse cuidado racializado rompe com uma lógica de branqueamento da saúde mental e formas tradicionais de cuidado. Vale ressaltar que majoritariamente as equipes técnicas das instituições responsáveis pelo cuidado da Ayo, são compostas por pessoas não racializadas, que não

compreendem suas particularidades enquanto pessoa racializada e que ainda vive nas sombras do estigma da loucura.

Uma psicologia preta só pode ser construída por profissionais pretos e é este o lugar que precisamos ocupar. [...] e me fez procurar ainda mais longe – entender o porquê das coisas, suas raízes e assim me colocar frente ao nascimento de uma nova psicologia, que contemple quem sou: PRETA! Quando admito que o exercício da psicologia, até mesmo nas esferas clínicas, não pode deixar de assumir o aspecto político dos sujeitos, aposto no movimento pendular que nos permite acessar a origem macropolítica das questões que se apresentam nas mentes e nos corpos, mas também o que é da ordem micropolítica. Quando um psicólogo se predispõe ao atendimento das demandas psi de um corpo preto é necessário que deixe entrar porta adentro mais do que o sujeito, mas os atravessamentos raciais que também o compõem. (Nascimento, 2019, p. 54 apud Silveira e Arenari, 2020, p. 159)

David e Vicentin (2020) discutem a dimensão ético-política presente entre as lutas antirracista e antimanicomial, ao considerarem que a manicomialização não se encerra no espaço físico do manicômio, mas está presente na sociedade, apontam para a relação entre luta antimanicomial e decolonialidade, uma vez que a relação de vinculação estabelecida entre população negra e loucura é secular no Brasil, mas reconhecer os efeitos dos contextos sociais e políticos, proporciona uma postura política de aquilombamento e desconstrução das noções de crioulo doido e da negra maluca. Indicam que as nuances históricas envolvidas no processo de manicomialização vão de crises socioeconômicas ocorridas nas primeiras décadas do período republicano, com a abolição da escravatura, até a conhecida procura antiaboliconista.

A Psicologia e Luta Antimanicomial devem ter o compromisso de romper com paradigmas epistemológicos que só fortalecem e propagam o adoecimento psíquico da população negra, e é através dessas ações que conquistaremos a equidade racial. Santos (2019), discorre que o trabalho psicoterápico deve levar o negro, não a se adequar a sociedade branca, mas a se tornar capaz de encontrar novas possibilidades de existir, se atentando para as formas históricas do que é “ser negro” em uma sociedade racista, capitalista e misogena. Posto

que há a necessidade da construção de ferramentas de cuidado para a população negra, numa posição ético política antirracista. É desse modo que apontamos como deve se dar o aquilombamento das práticas psi na saúde mental e no acompanhamento terapêutico.

Contudo, sugere-se que a consideração dos efeitos do racismo como uma questão antimanicomial, o que chamamos de aquilombamento do CAPS, pode ampliar a potência de um agir em saúde que contribua para a promoção da equidade racial e para a desinstitucionalização do racismo (David e Vicentin, 2020, p. 113)

Logo, tomemos as considerações dos autores em relação ao controle social estabelecido a partir da intersecção de raça/cor, classe social e gênero. Além disso, ao pensar no contexto entre pontes em que o presente trabalho é gestado, elencamos o território como intersecção de análise dos caminhos e efeitos do processo de manicomialização endereçado à população negra. “Assim, consideramos que, no Brasil, não haverá Reforma Psiquiátrica plena enquanto a Luta Antimanicomial não compuser a luta antirracista interseccionada a essas outras lutas” (David; Vincentin, 2020, p. 268).

Considerações Finais

A colonialidade marca a nossa lógica de cuidado, Gouveia (2017), aponta sobre como a lógica de manicômio ultrapassa os muros e se inserem em nosso cotidiano “institucionalizando” a sociedade brasileira. Na perspectiva do aquilombamento das práticas de saúde no SUS, se cria uma interface entre saúde mental, humanização e saúde mental da população preta, assim fazendo um movimento de retomada das forças ancestrais para o empretecimento do cuidado, distanciando-se de uma lógica embranquecida. Essa experiência afrodiaspórica se dá coletivamente através da produção comunitária, de forma que alcance a homogeneização das experiências no campo da saúde pública. Para David, Souza e Passos (2023), aquilombar o SUS significa humanizá-lo

sobre a ótica de um processo decolonial e antirracista de acordo com a Política Nacional de Saúde Integral da População Negra (2010)⁵. O que implica inicialmente em os profissionais se atentarem ao quantitativo de usuários dos serviços de saúde que se autodeclaram como negros, de forma a considerar raça e cor como premissa fundamental e totalizante desse sujeito, e através disso se dá um cuidado humanizado.

Neste artigo buscou-se apresentar ao leitor os embates e desafios enfrentados dentro e fora da universidade no processo de acompanhamento terapêutico que tem como eixo central a racialização dos corpos. Nosso desafio se inicia logo no começo da formação, posto que a Psicologia historicamente contribuiu para o epistemicídio de práticas e saberes ancestrais, o que impossibilita a aproximação com autores negros, temática racial e saúde mental da população negra. Como o silenciamento e apagamento na saúde mental em relação a presença e protagonismo de Dona Ivone Lara. Contudo, ainda que haja barreiras institucionais e epistemológicas, caminhamos a passos largos para a transformação das práticas psi no cuidado em rede, que viabilizam o aquilombamento, resistência e saberes ancestrais e inventivos.

Nos apoiando e acreditando na potência do cuidado racializado em saúde mental e o aquilombamento das práticas psi no AT que apresentamos nossa Ayo e o trabalho feito pelo Grupo de Pesquisa e Intervenção em Saúde Mental e Justiça na UFF Campos. Ao acompanhar Ayo, todo o grupo se mobiliza e busca romper com as epistemologias de cuidado embranquecidas, compreendendo a relevância do protagonismo da raça frente aos outros marcadores sociais dos acompanhados. De forma que a partir disso, se atente às quais demandas serão atendidas pelos serviços e quais corpos serão acolhidos no território no que tange o marcador racial.

5 Consiste em capacitação dos profissionais da área da saúde, informações voltadas à população e atenção integral à saúde, com o objetivo de tornar o atendimento igualitário, maior e melhor, a partir do atendimento integral à população negra, priorizando a redução das desigualdades étnico-raciais.

Acompanhar Ayo é acompanhar sendo acompanhada, é redirecionar o afeto para um espaço seguro e de compreensão, onde a identificação é a essência do vínculo. Não há quem não se apaixone pela alegria de Ayo e quem não nos pergunte quando ela retornará à UFF. Os relatos trazidos aqui não são somente para denunciar as violências sofridas por ela, mas para apontar como o conceito descrito pela escritora Beatriz Nascimento se aplica no cuidado em saúde mental. O aquilombamento continua e continuará sendo uma política de resistência.

Vale ressaltar a importância de que haja mais estudos que discutam a não racialização do branco e o modo como isso afeta diretamente a vida dos usuários de saúde. Segundo, Oliveira (2020) é no interior das heterogeneidades de classe, gênero e raça que agudizam as opressões manicomiais, assim concluímos que a racialização do branco seria importante para desmistificar a supremacia da branquitude e denunciar a urgência da transformação dos sistemas de garantias de direitos que invisibilizam as políticas públicas para a população negra.

Referências

AKOTIRENE, C. **Interseccionalidade**. São Paulo: Polém. 2019.

ALMEIDA, S. L. **O que é racismo estrutural?** Belo Horizonte, Editora Letramento, 2018.

ALVERGA, REINECKE, DIMENSTEIN. **A reforma psiquiátrica e os desafios na desinstitucionalização da loucura**. *Interface — Comunicação, Saúde, Educação* [online].v.10, n. 20. 2006.

ARANHA, S. **Cartografias do movimento: A loucura ocupando a cidade**. 2019. Monografia (Graduação em Psicologia) – Universidade Federal Fluminense, Campos dos Goytacazes, RJ, 2019.

BRASIL, Ministério dos Direitos Humanos e Cidadania. Com mais de 50% da população autodeclarada negra, Campos dos Goytacazes (RJ) adere ao Sinapis. Brasília: Ministério dos Direitos Humanos e Cidadania, 9 de nov. de 2021. Disponível em: <https://www.gov.br/mdh/pt-br/assuntos/noticias/2021/novembro/com-mais-de-50-da-populacao-autodeclarada-negra-campos-dos-goytacazes-rj-adere-ao-sinapis>. Acesso em: 26 de jan. de 2024.

BRITO, B. P. M.; GONCALVES, C. C.; PEIXOTO, M. N.; RIBEIRO, T. C. Desvelando Prontuários: Provocações a partir do mapeamento de uma rede de saúde mental In: 5o Congresso Brasileiro de Saúde Mental ‘Juntos nas diferenças: sonhos, lutas e mobilização social pela reforma psiquiátrica’, 2016, São Paulo. Anais do 5o Congresso Brasileiro de Saúde Mental., 2016.

CARNEIRO, S. **Dispositivo de racialidade: a construção do outro como não ser como fundamento do ser.** Editora Schwarcz — Companhia das Letras. 2023.

DAVID, E. **Aquilombamento da saúde mental: cuidado antirracista na atenção psicossocial infantojuvenil.** São Paulo: Hucitec, 2023.

DAVID, E. DE C.; VICENTIN, M. C. G. **Nem crioulo doido nem negra maluca: por um aquilombamento da Reforma Psiquiátrica Brasileira.** Saúde em Debate, v. 44, n. spe3, p. 264–277, out. 2020.

DANTAS, S; FERREIRA, L; VÉRAS, M. **Um intérprete africano do Brasil: Kabengele Munanga.** Revista USP-São Paulo. n.114.p. 31-44. 2017.

GONZALES, L. **Racismo e sexismo na cultura brasileira.** Revista Ciências Sociais Hoje, p. 223-244, 1984.

GONZALEZ, L. **Por um Feminismo Afro-Latino-Americano: Ensaios, Intervenções e Diálogos,** Rio Janeiro: Zahar, 2020

JORNAL TERCEIRA VIA. **Hospital Psiquiátrico Dr. João Viana em Campos anuncia fim das atividades após 75 anos.** Jornal Terceira Via, Campos dos Goytacazes, 10 out. 2022. Disponível em: <<https://www.jornalterceiravia.com.br/2022/10/10/hospital-psiquiatrico-dr-joao-viana-em-campos-anuncia-fim-das-atividades-apos-75-anos/>>. Acesso em: 20 nov. 2023.

LÓPEZ, L.C. **O conceito de racismo institucional: aplicações no campo da saúde.** Comunic., Saúde, Educ., v.16, n.40, p.121-34, jan./mar. 2012.

MARTINS, T. **(Im)possibilidades de cuidado em saúde mental: os atravessamentos de raça, classe, gênero e território na escuta psi.** 2023. Monografia (Graduação em Psicologia) – Universidade Federal Fluminense, Campos dos Goytacazes, RJ, 2023.

MULLER, T. M. P.; CARDOSO, L. **Branquitude: estudos sobre a identidade branca no Brasil.** -1. ed. — Curitiba: Appris, 2017. OLIVEIRA, P. R. S. **Cuidado em Paralaxe: territórios, intersubjetividade e crítica à racionalidade em saúde /** Pedro Renan Santos de Oliveira. — 1. ed. — Curitiba: Appris, 2022.

NASCIMENTO, A. **O Genocídio do negro brasileiro: Processo de um Racismo Mascarado.** 3 ed. — São Paulo: Perspectiva, 2016.

NASCIMENTO, Beatriz. O conceito de quilombo e a resistência cultural negra. In: RATTS, Alex. Eu sou Atlântica.

PALOMBINI, A. **Acompanhamento terapêutico: dispositivo clínico-político.** Psychê, vol. X, núm. 18, setembro, 2006, pp. 115-127 Universidade São Marcos São Paulo, Bras.

PEREIRA, M. **Mulheres e Loucura: narrativas de resistência.** Rio de Janeiro: Autografia, 2020.

SANTOS, A. **O Enegrecimento da Psicologia: Indicações para a Formação Profissional.** Psicologia: Ciência e Profissão 2019 v. 39 (n.spe)., e222113, 159-171.

SILVEIRA, L. ARENARI, R. W. **Poiesis e alquimia feministas: entretecendo porvires epistemológicos /** organizadoras Alice de Araujo N. Pereira [et al.]. — Niterói: UFF; Rio de Janeiro: MC&G Editorial, 2023.

SIQUEIRA, E. S. **Manicômio nunca mais? O debate sobre o fechamento de um Hospital Psiquiátrico em Campos dos Goytacazes e seu processo de desatualização.** Universidade Estadual do Norte Fluminense, 2022.

PASSOS, R. **Holocausto ou Navio Negreiro?": inquietações para a Reforma Psiquiátrica brasileira.** Revista Argumentum, Vitória, vol. 10, n. 3, p.10-22, set.-dez. 2018c.

_____. **Mulheres negras, sofrimento e cuidado colonial.** Em Pauta, Rio de Janeiro, vol. 18, n. 45, p. 116-129, mai.-out. 2019.

_____. & MORAES, A. S. **“Entre os sambas, os bambas e a loucura”: o discreto protagonismo de D. Ivone Lara na saúde mental.** In: DAVID, E. C. et al. (orgs.). Racismo, subjetividade e saúde mental: pioneirismo negro. São Paulo: Hucitec, 2021f.

OLIVEIRA, B.; KUBIAK, F. **Racismo Institucional e a saúde da mulher negra: uma análise da produção científica brasileira.** Rio de Janeiro: Saúde Debate, v.43, n. 122, p. 939-948, jul-set, 2019

QUADROS, A.; LEMES, T.; FERNANDES, M.; PAUNGARTNER, L. **Racismo Institucional: uma revisão integrativa sobre a saúde da população negra.** Braz. J. of Develop., Curitiba, v. 6, n. 10, p. 81483-81492, oct. 2020.

Vasconcelos, M. F. F.; Paulon, S. M. **Instituição militância em análise: a (sobre)implicação de trabalhadores na Reforma Psiquiátrica brasileira.** Psicologia e Sociedade, 26(n. spe.), 222-234, 2014.

VEIGA, L. **Descolonizando a psicologia: notas para uma Psicologia Preta.** Fractal: Revista de Psicologia, v. 31, n. esp., p. 244-248, set. 2019.

WERNECK, J. **Racismo institucional e a saúde da população negra.** Saúde Soc: São Paulo, v.25, n.3, p.535-549, 2016.

CAPÍTULO 6

CONCEITOS E POSSIBILIDADES DE ELABORAÇÃO DO LUTO: UM DIÁLOGO ENTRE PSICANÁLISE, CINEMA E LITERATURA

Beatriz Araujo de Souza e Silva

Doi: 10.48209/978-65-5417-249-7

Resumo: O presente artigo tem como objetivo compreender o luto e suas possíveis elaborações através do viés psicanalítico, buscando entender como a existência e memória podem ser integrada na realidade compartilhada de forma a, não apenas não ameaçar a integridade psíquica, como sustentá-la de forma ética. Para tanto, foi feita uma pesquisa bibliográfica, tendo sido consultados artigos e periódicos referentes ao tema proposto. Além disso, foi buscado estabelecer concordâncias entre as bases conceituais e a dimensão de narrativas ficcionais, presentes no cinema e na literatura. De tal forma, é discutido sobre o luto, através da perspectiva freudiana, a sua elaboração como sendo um procedimento de desinvestimento libidinal, possibilitado pelo princípio de realidade. Além disso, é buscado, em Winnicott, compreender o que seria uma elaboração criativa do luto, e de que forma os objetos transicionais podem possibilitar uma elaboração menos violenta. Para isso, também é abordada a necessidade da inclusão de novas perspectivas acerca da vivência do luto, nas quais não seja necessário negar a existência do objeto perdido.

Palavras-chave: luto; perdas; psicanálise.

Introdução

*“Saudade: Presença dos Ausentes”
– Olavo Bilac, apud Hanna Limulja, 2022*

O presente processo de produção escrita, embasado em uma pesquisa de cunho bibliográfico, tem como objetivo entender o que significa o luto, de acordo com materiais de orientação psicanalítica, além de buscar compreender as diferentes possibilidades de conformação do sujeito a esse processo. Ampliando-se as possibilidades de definição do que seria passar por um processo de luto, ampliam-se igualmente as possibilidades de existência não patologizada desse sujeito enlutado, podendo configurar um melhor acolhimento e sustentação desse indivíduo. Nesse sentido, é notório que os processos de perda estão presentes na vida de todos os indivíduos, e são necessários para o desenvolvimento maturacional (Cavalcanti; Samczuk; Bonfim, 2013). Assim, o luto é tido de forma geral, na psicanálise, como um desdobramento psíquico dessas perdas: do sujeito que se encontra em uma realidade marcada pela ausência de um objeto físico ou simbólico ao qual foram antes investidos grande quantidade de energia.

Sob a perspectiva freudiana, luto envolve um investimento libidinal muito grande no objeto perdido – uma hipercatexia – que mobiliza a realidade do sujeito enlutado e dificulta o seu interesse em outros objetos (Freud, 2011). Para tanto, é imprescindível a realização do Teste de realidade, a partir do qual a elaboração e o reconhecimento da ausência do objeto exigem o desinvestimento da libido para ser, posteriormente, reinvestida em novos interesses (Barone, 2004). Busquei através do presente trabalho articular a relevância do teste de realidade com a narrativa da série televisiva “Wanda Vision”, na qual a sustentação de uma instância fantasiosa, marcada pela presença daqueles indivíduos a quem Wanda perdeu, seja fisicamente – a morte do seu parceiro, Vision, ou simbolicamente, a perda da concretização de desejos que Wanda projetava

e sob os quais Vision se tornou suporte e canal possível de realização, como os filhos – só pôde ser mantida pois todos os indivíduos que cercavam Wanda faziam parte dessa mesma fantasia.

Para Freud, o trabalho do luto é concluído quando a libido é desligada do objeto e o ego se vê livre para realizar novos investimentos (Freud, 2011). Esse desligamento ocorre paulatinamente – é um trabalho do luto de fato. Contudo, é necessário pensar de que forma essa concepção de desinvestimento que ocorre parte por parte do objeto perdido pode levar à interpretações que pressupõem ser possível ter uma soma inteligível de elementos que corresponderia perfeitamente ao objeto, e não levam em conta o que do Real – na concepção lacaniana – que existe no outro é perdido.

O luto se configura como um processo não-patológico, uma elaboração individual dessa perda e uma “conformação” à realidade que não mais apresenta o objeto amado. Contudo, é percebido, por vezes, o que é tido como um luto patológico, ao qual Freud atribui o título de melancolia que se caracteriza como sendo uma identificação narcísica com o objeto perdido (Freud, 2011). Acerca disso, utilizo como suporte o filme “A vida em si”, dirigido por Dan Fogelman e lançado em 2018, no qual o personagem Will, elabora a perda violenta da companheira, Abby, através de uma atribuição a si próprio da culpa desse afastamento. Nessa instância, embora ainda regada de sofrimento, à Abby ainda é conferida a possibilidade de existir, ainda em que um plano afastado de Will. Tal fato dificulta a concretização da elaboração da perda e configura, continuamente, um sofrimento psíquico ao sujeito enlutado, que não se permite acreditar nessa realidade da ausência do objeto amado, e para isso se afasta de toda e qualquer interação que possa confirmar a perda, gerando um cenário de isolamento.

A realidade violenta da perda se atesta ao verificar-se que, ao sujeito enlutado, tendem a ser oferecidas apenas duas alternativas dicotômicas: o en-

tendimento da realidade como legítima – e enfrentar imediatamente a dor da falta – ou dissociar em uma fantasia que, embora permita a satisfação imediata por recriar a existência, fazer “reviver” objeto, também é dolorosa pois produz circunstâncias, tais quais a do filme, nas quais alheia o indivíduo dos outros sujeitos que compõem seu ciclo social (Freud, 2004).

Além disso, com fins de buscar compreender possibilidades acerca da elaboração do luto, ou a falta dela, é necessário considerar que existir no mundo exige de nós a inserção em uma rede de coafetação, na qual o outro cria e articula uma imagem possível relacionada ao eu, que compõe a estrutura do próprio self. Winnicott menciona a dinâmica de sustentação – o holding materno – enquanto fundamental para a experiência estruturada do indivíduo de si e da realidade compartilhada. Essa sustentação, no entanto, não se esgota na maternidade suficientemente boa (Medeiros & Aiello-Vaisberg, 2014, p. 52), e deve ser pensada na articulação de uma rede de apoio, proposta não apenas no setting terapêutico, como também nos sujeitos que compõem o convívio social do indivíduo enlutado. Existe, a partir disso, uma possibilidade de desestruturação psíquica e somática, que fica mais evidente, quando articula-se que, quando o sujeito perdido não se encontra mais na realidade física do encontro, é perdido não somente a imagem que é atribuída a ele, mas a própria imagem individual que era nele refletida, e por ele sustentada. Articulo essa possibilidade com a narrativa do livro “Hamnet”, (O’farrell, 2021) que mostra de que forma a morte de uma criança causa, além do sofrimento psíquico da família, a perda de lugar, uma desestruturação, de sua irmã gêmea. Também utilizo o livro “Crying in H mart” (Zauner, 2021) como suporte para desenvolver brevemente, uma desestruturação particular no caso da primeira geração de filhos de imigrantes, que quando perdem seus pais, enfrentam ao mesmo tempo o luto da figura paterna ou materna, e também a perda de contato com a própria cultura e local de origem, desestabilizando a ideia de pertencimento e identidade cultural. É neces-

sário pensar que a perda de um outro oferece, em certa medida, uma perda de si próprio (Násio, 1997).

Diante da compreensão do luto como intrínseco à condição de existir, verifica-se que é de extrema necessidade o estudo desse fenômeno não apenas restrito a compreensão das condições e dinâmicas de força sob as quais este emerge. Revela-se interessante buscar entender de quais formas é possível a sustentação do indivíduo enlutado, qual o papel da rede de apoio e como compreendê-lo sobre uma perspectiva ética em uma dimensão do acolhimento e do cuidado.

A possibilidade de uma elaboração do luto menos violenta pode ser proporcionada, em partes, pelos objetos transicionais (Barone, 2004). Essas ferramentas são uma alternativa importante a se considerar no processo de elaboração do luto pois permitem uma coexistência da memória e da realidade, não mais abandonando o indivíduo em uma realidade marcada pelo desamparo e pelo registro abrupto do espaço esvaziado, mas permitindo que exista um campo intermediário no qual seja possível processo de simbolização, um espaço de transição, no qual coexistem entre a fantasia e a realidade. Esse processo permite a inserção do indivíduo na realidade compartilhada de uma forma criativa, isto é, elaborada por ele próprio e tida como legítima. Elaborar criativamente é atribuir sentido. Possibilitar uma atribuição de sentido que parta do próprio sujeito enlutado e não somente de um mecanismo de coerção marcado por agentes externos que ameaçam condená-lo à loucura ou a relegá-lo ao espaço de alucinação, pode garantir uma elaboração menos violenta do luto.

Luto na perspectiva freudiana

O conceito de Luto, para Freud (1917/2011), está ligado a uma posição diante do objeto perdido. No luto, o sujeito consegue identificar o objeto que perdeu, e tem sua libido mobilizada por aquele que foi perdido, contribuindo para estados de desinteresse pelo mundo externo e uma recusa – não capaci-

dade – de eleger um novo objeto para reinvestimento. Durante o luto, o eu é mobilizado através da hipercatexia – um investimento exagerado de energia psíquica – nas lembranças e expectativas que eram anteriormente associadas à existência do objeto. Essa hipercatexia gera uma satisfação imediata porque, enquanto se mantém, é conservado também o objeto perdido. Contudo, o sujeito não deixa de ser afetado pelo ambiente que traduz a ausência e por aqueles que também a testemunharam. Com isso, predomina o que Freud denomina de Princípio de realidade. Existe um processo, um confronto repetido do indivíduo com a realidade que não mais possui aquele objeto. O processo de elaboração do luto, para Freud, consiste, portanto, justamente na retirada da libido de cada uma das partes que compõem o objeto, deixando-a “livre” e redirecionando-a para o ego, que poderá, assim, ser capaz de redirecionar e reinvestir essa energia psíquica em outros objetos. De certa maneira, o processo de desinvestimento libidinal só ocorre então em função do princípio de realidade. Com isso, o luto se torna imprescindível para que o indivíduo dê continuidade para a sua própria vida e possa ser afetado novamente por outros objetos.

Em contrapartida, a melancolia existe como um processo de elaboração da perda na qual o objeto é confundido com o próprio eu. Existe, no melancólico, uma identificação narcísica com o objeto perdido. Além disso, o prazer imediato proporcionado pela continuidade da existência do objeto sobrepõe a realidade. Há uma contínua ligação ao objeto. Isso desencadeia um problema: se o princípio de realidade consiste em sobrepor a existência imaginária pela falta concreta, no melancólico verifica-se que tal circunstância não é consolidada. Com isso, a libido investida no objeto perdido não é capaz de ser reinvestida na realidade externa, podendo seguir, de acordo com o conceito de economia libidinal, na cristalização de sintomas (Freud, 2011).

Essa perspectiva fica ainda mais clara e acessível se buscarmos compreendê-la através de materiais que possuam ressonâncias com a psicanálise

mas cuja finalidade primeira não seja utilizar um vocabulário tão específico. Nesse sentido, proponho pensarmos no filme “A vida em si” (2018). O enredo se trata de várias histórias paralelas que possuem algo que as interconectam, mas busco aqui o enfoque na primeira narrativa apresentada: na qual o personagem Will não consegue enfrentar a realidade violenta da morte de Abby, sua parceira, e elabora fantasiosamente, uma realidade na qual a falta do objeto amado é entendido como um processo de ausência voluntária. Durante uma sessão de terapia, os espectadores acompanham o desenrolar da narrativa, sem muito compreender acerca do que de fato ocorreu com o casal. Isso porque Will justifica a falta por meio de um ataque ao eu: ele elabora a perda fatídica – até então desconhecida ao público – de Abby através de um distanciamento justificado por um conjunto de desentendimentos e um pedido de divórcio por parte da protagonista. Na perspectiva do filme, os ataques ao ego, isto é, afirmar que Abby não está na vida de Will pois ele não foi merecedor desse amor, é, no entendimento de Freud, o exemplo do luto melancólico.

Outra possibilidade resultante da dificuldade e não realização adequada do desinvestimento libidinal é a permanência da ligação entre o eu e o objeto por meio de uma fuga da realidade e a construção e inserção do sujeito em uma nova circunstância alucinatória que mantém o objeto íntegro. À tal cenário é atribuído o nome de psicose alucinatória. Observamos isso quando, diante da perda de um objeto amado, o sujeito enlutado nega a ausência daquele que amou e o compreende como ainda presente e ligado ao seu eu.

Esse processo é muito perceptível através de materiais como a série Wanda Vision. No enredo, Wanda cria magicamente uma realidade na qual o Vision – seu companheiro – ainda possa existir. Mais do que manter a existência do objeto de amor que foi perdido, Wanda também desenvolve, na realidade construída, as expectativas fantasiosas que foram investidas na existência dele. É criada uma realidade que traduz a fantasia: uma que permite crer não apenas

que o Vision ainda está vivo, mas que também consolida tudo aquilo que a protagonista havia esperado que pudesse se desdobrar do relacionamento: os filhos, a rotina pacata, etc. Isso, no entanto, só se faz possível enquanto Wanda mantém todos os moradores da cidade em sua mesma fantasia. Não há teste de realidade, não há nada com o que confrontar que abale a integridade da fantasia construída. No fim da série, o princípio de realidade vence: novos personagens exteriores ao mundo fantasioso criado por Wanda, conseguem se inserir e atuar como o princípio de realidade. Wanda começa então, em um processo doloroso, a desintegrar pedaço por pedaço, os elementos criados por ela, o que poderia se assemelhar ao penoso trabalho do desinvestimento proposto na psicanálise, na medida em que: “O luto consiste em identificar a perda real, peça por peça, pedaço por pedaço, signo por signo... até o esgotamento. Quando isso está feito, acaba.” (Lacan, 2010, p. 480).

Considerações sobre a ideia pragmática de desinvestimento

É possível apresentar algumas considerações sobre a circunscrição do fenômeno do desinvestimento enquanto dependente da repartição do indivíduo perdido em fragmentos específicos – cuja soma constitui a própria existência do indivíduo enquanto vivo. Existem formas, trejeitos, que são possíveis de categorização clara e explícita. Contudo, existe algo no outro de inexprimível. Existe algo do Real no outro, e o real não pode ser fragmentado e reconstruído de forma tão precisa. Existe a imagem de nós que é sustentada pelo outro. De acordo com J.-D. Nasio, conforme citado por Santos e Alvares (2021, p. 119), “O outro imaginário é, pois, simplesmente uma imagem, mas uma imagem que tem a particularidade de ser ela própria uma superfície polida, sobre a qual se refletem permanentemente as minhas próprias imagens”. Diante da perda de alguém, parte de quem nós somos é igualmente perdida.

Destaco em específico duas instâncias específicas de desestruturação de si proporcionada pela perda de um outro, articulando o que se narra nos livros

Hamnet (Farrell, 2021) e *Crying in H mart* (Zauner, 2021). *Hamnet* é um livro de ficção histórica, e apresenta o romance entre Agnes e um escritor renomado – cujo leitor é levado a acreditar ser Shakespeare – e o que se segue desse romance: o desenrolar da carreira do marido, que o leva para lugares distantes, e o crescimento da família com o nascimento da filha Susanna, e os gêmeos Hamnet e Judith. Hamnet, no entanto, é acometido repentinamente por uma febre, e morre ainda jovem. É seguido então as diferentes formas que cada um dos membros dessa família vai lidar com a perda. Destaco, no momento, a reação particular de Judith, que durante toda a sua vida foi tida como a metade de Hamnet e vice-versa. Judith narra uma perda de lugar, que desemboca na perda da própria identidade: com a ausência de Hamnet, seu lugar de outra metade, de irmã gêmea, foi retirado. A imagem a que ela mesma se atribuía foi destituída a ponto de ela, por vezes, não mais se reconhecer, pois era em Hamnet que ela se reconhecia. O olhar de Hamnet e seus gestos confirmavam a sua existência. Em uma cena específica, ela questiona à mãe sobre qual nomeação seria atribuída a sua nova condição: a quem perde um pai, um órfão, a quem perde um marido, viuvez, mas e a quem perde um irmão?

Essa mesma desestruturação identitária também é estendida na obra de Michelle Zauner, a qual narra, de forma autobiográfica, o diagnóstico de câncer da mãe, e as dimensões de fragilização da identidade cultural que essa perda toma. Isso porque a mãe de Michelle nasceu na Coreia, e emigrou para os Estados Unidos, estando então presentes através da mãe, conexões com a língua coreana, com as práticas culturais, com a comida e com as memórias evocadas de um país ao qual ela possui uma conexão simbólica. Michelle relata então que: “.. o que teriam sido os anos mais frutíferos de compreensão foram violentamente interrompidos, e eu fui deixada sozinha para decifrar os segredos de uma herança sem sua chave.”¹ (Zauner, 2021, p. 169, tradução livre). A morte da mãe

¹ What would have been the most fruitful years of understanding were cut violently short, and I was left alone to decipher the secrets of inheritance without its key.

então contribui para que Michelle se sinta perdida, desamparada, e questione seu próprio lugar de pertencimento. Com a perda materna ocorre também o abalo da “preservação de uma cultura que antes parecia tão arraigada em mim, mas que agora se sentia ameaçada²” (Zauner, 2021, p. 204, tradução livre).

Dessa forma, pensar em uma parte do sujeito enlutado que é perdida junto com a ausência física de um outro, possibilita pensar em um processo de luto que não tenha um fim delimitado. É possível desinvestir a libido dos elementos aptos à categorização e essa decatexia possibilita uma libido suficientemente, e talvez nunca integralmente, livre para que o sujeito consiga reinvestir e se interessar por outros objetos e pessoas.

Como é que pode ter, então, esse incontável em cada um de nós? Como chama, qual é o nome que Lacan dá para essa incomensurabilidade? Desejo. O desejo é uma substância infinita que habita seres finitos. Por isso o desejo não cabe todo na linguagem, por isso o desejo não pode ser todo subjetivado....Se ele fosse um desejo de objetos, seria finito. Os objetos são contáveis. Mas ele sendo desejo do desejo do Outro, o desejo de possuir o desejo do Outro, de ter o desejo do Outro para si. Por que isso é impossível? Porque para possuir o desejo do Outro, deveria possuir todos os traços dele. E eu não posso possuir todos os traços, porque tem pelo menos um traço que representa que no Outro há um fragmento de infinitude (Dunker, 2019, p. 36).

Igualmente, no campo relacional com o outro, existe a construção de um espaço psíquico tecido de identificações e fantasias que nunca é o mesmo (Lopes; Pinheiro, 2013). Isso impossibilita uma simples substituição de um objeto por outro.

A relevância de uma elaboração criativa da perda

Existem diversas possibilidades de elaboração da perda. Citados anteriormente estão as dimensões conceituais de como esse processo se dá no ambiente psíquico do sujeito enlutado. Busco agora desenvolver de que formas essas elaborações se apresentam visivelmente através das ações criativas.

2 The preservation of a culture that once felt so ingrained in me but now felt threatened.

A respeito disso, é possível verificar um representante desse fenômeno na descrição feita por Freud (1920) do “fort-da”. Nessa brincadeira, Freud observa o movimento que seu neto executa repetidamente de jogar e retomar um carretel, associando fonemas que representam Fort (longe) e Da (aqui). Freud entende essa dinâmica de distanciamento e retorno, como uma elaboração ativa da ausência materna, que antes ocorre à criança enquanto uma experiência passiva – algo que acontece à criança, está fora de seu controle. Esse tipo de experiência se torna algo impactante para o indivíduo, e a brincadeira pode ser compreendida como uma forma de lidar com o Real – no conceito lacaniano – presente nessa perda. A repetição do movimento poderia representar um processo de simbolização, ou um mecanismo transicional entre a fantasia e a realidade.

A criança, ao brincar, cria um mundo de fantasia ao qual se submete, mas que também mantêm uma nítida separação entre ela e os fatos da vida. Se os conflitos, os traumas existem, a criança poderá, frente à insatisfação e ao mal estar, usar a fantasia como um modo saber-fazer com o real. Há um delicado limite que só pode ser sustentado por uma atividade simbólica veiculada pela realidade da fantasia (Miranda; Cohen, 2012, p. 209).

Pensando nessa existência do brincar enquanto instância que não se insere na realidade, mas tampouco se aliena dela, é possível compreender em uma possibilidade de sustentação ética à elaboração do luto. Ética porque possibilita que o sujeito enlutado simbolize a perda de forma subjetiva, através de uma linguagem e de uma rede de significação própria, que faça mais sentido, e que seja revestida de menos violência. Esse aspecto violento seria representado nas imposições duras da realidade que nega ao indivíduo, um período de transicionalidade, existindo apenas a dicotomia brusca de realidade ou fantasia. Ou é o sujeito são, que toma conta imediata de sua condição e da realidade da ausência completa daquele que lá esteve até então, ou é o sujeito que não se ajusta, que é preso à fantasia irreal e à alucinação.

Levando em consideração as idéias apresentadas por Winnicott com o desenvolvimento de sua teoria a respeito dos Objetos e Fenômenos Transicionais, o trabalho do luto teria como objetivo, por um lado, garantir a manutenção de uma lembrança viva de quem partiu — evitando, contudo, apelar para um estado alucinatório que faria acreditar que a separação não se deu — e, por outro, evitar abandonar-se num estado de desamparo — o qual, fiel apenas ao princípio da realidade freudiano, só registraria o espaço esvaziado. A experiência de ilusão possibilitaria encontrar uma síntese da memória com o ambiente (Barone, 2004, p. 88).

Existe, através da perspectiva dos objetos transicionais em Winnicott, uma possibilidade alternativa acerca da elaboração da perda, que não mais se restringe a negação injuntiva, e possibilita a manutenção do que foi perdido em uma certa instância. O que é objetivado, com a elaboração criativa através do brincar, é sempre a ancoragem do indivíduo na realidade, mas uma ancoragem mediada pelo sujeito enlutado, e sustentada, mais precisamente pelo analista, mas inevitavelmente, pelas pessoas do convívio social.

O processo de assimilação da realidade da perda pode, e deve, pressupor uma articulação, não mais uma compreensão dicotômica, mas uma coexistência da realidade e da fantasia. A elaboração criativa e o brincar não se configuram como uma realidade alienante como a alucinação. Como apresentado em Regina F. De Laurentiis (2007, p. 56) existe, através do criativo, uma “apropriação de aspectos de si mesmo e do ambiente e, para Winnicott, aquilo que não é elaborado criativamente não ganha vida, não existe.”. Podemos pensar a partir disso que, por mais que um indivíduo esteja sujeito ao teste de realidade e que a realidade vença a fantasia, por assim dizer, essa perda pode não ser completamente compreendida pelo sujeito, mas apenas imposta e aceita, enquanto não elaborada. Na elaboração criativa é possível, portanto, permitir a cristalização de gestos espontâneos, que possibilitam a formação e atribuição de sentido a fenômenos que, embora já existentes, ainda não haviam sido integrados pelo sujeito enlutado como legítimos.

A sustentação humana como ferramenta na elaboração do luto

Para que seja possibilitada essa elaboração de sentido, é impreterível a existência de um processo, uma rede de sustentação ao indivíduo. Essa sustentação se encontra não só no manejo clínico, mas também na rede de convívio do sujeito enlutado.

Muitas vezes é percebido que diante de uma perda, até pessoas próximas podem se afastar ou não ter a receptividade às discussões acerca do luto. Isso pode ser pensado na medida em que pensar na morte não apenas causa um incômodo pois nos remete a nossa própria finitude, como também gera sentimentos de impotência, ainda mais exponencializados quando esse luto se expressa em alguém que amamos intimamente. Surgem questionamentos da ordem do que poderia ser feito para aliviar essa dor que não parte de nós, e não aparenta encontrar a sua solução em nós.

De fato não se trata de acreditar – nem se deve entrar nesse âmbito, que gera infinitas outras possíveis implicações traumáticas – que podemos ativamente resolver a dor da perda, mas sim partir de um lugar em que se é possível pensar em sustentar essa dor, não pelo sujeito enlutado, mas com o sujeito enlutado. Muitas vezes desconsideramos ou reduzimos a importância do simplesmente estar com o outro, do ser com o outro. No livro “Bluets” (2009), Maggie Nelson descreve uma hipótese acerca do porque muitas vezes quando choramos, olhamos para nós mesmos no espelho: para ela, esse olhar não estaria tão relacionado com inflamar uma auto-piedade quanto estaria com fornecer um sentimento de ser testemunhado na própria dor. Essa é uma exposição interessante acerca do poder do olhar de um outro, que não executa nada em especial, mas apenas se faz presente, e ao se fazer presente, também nos faz presente.

Embora tornar a perda real seja um processo doloroso, a ausência de marcas concretas dessa perda numa realidade que segue inalterada também se configura como uma violência, na medida em que contribui para que o sujeito enlutado se sinta isolado na própria dor, como sugere o discurso da personagem Ágnes, durante o funeral do filho, no livro *Hamnet* (O'farrell, 2021):

Essas são pessoas que o viam todos os dias, passando por suas portas, debaixo de suas janelas. Trocavam palavras com ele, bagunçaram seu cabelo e o apressavam se estivesse atrasado para a escola. Ele brincava com os seus filhos, entrava e saía de suas casas e lojas. Levava recados para eles, brincava com seus cachorros, acariciava o pelo das costas de seus gatos enquanto estes dormiam em parapeitos ensolarados. E agora suas vidas continuariam, sem mudanças, os cães continuariam a bocejar junto às lareiras, os filhos reclamando até o jantar, enquanto que ele não mais existe... Odeia a forma como as pessoas se afastam para deixá-los passar e depois, às suas costas, se reagrupam, apagando a sua passagem, como se não fosse nada, como se não tivesse existido. Ela deseja arranhar o chão, talvez com uma enxada, para marcar as ruas sob seus pés, de modo que haja para sempre uma marca, para que para sempre se saiba que Hamnet passou ali. Que ele esteve ali (O'farrell, 2020, tradução livre, p. 274).³

Pensar na presença da disposição desse estar com o outro e de olhar para o outro enquanto testemunha, pode ser importante nesse processo de sustentação do sujeito.

Ainda nesse viés, Winnicott define a chamada “fase de holding”, como etapa essencial para o desenvolvimento psíquico e somático do bebê (Winnicott, 2019). Ela está associada com o que Winnicott chama de ambiente suficientemente bom, pois possibilitaria à criança uma sustentação para desenvol-

³ These are people who saw him every day, passing by their doors, below their windows. They exchanged words with him, ruffled his hair, exhorted him to hurry if he was late for the school bell. He played with their children, darted in and out of their houses and shops. He carried messages for them, petted their dogs, stroked the backs of their cats as they slept on sunny windowsills. And now their lives are carrying on, unchanged, their dogs still yawning by the fireplaces, their children still whining for supper, while he is no more. So she cannot bear their gaze, cannot meet their eyes. She doesn't want their sympathy and their prayers and their murmured words. She hates the way the people part to let them past and then, behind them, regroup, erasing their passage, as if it were nothing, as if it never were. She wishes to scratch the ground, perhaps with a hoe, to score the streets beneath her, so that there will forever be a mark, for it always to be known that this way Hamnet came. He was here.

ver-se satisfatoriamente. Isso é permitido por um conjunto de cuidados, que provém da figura materna e também de outros sujeitos implicados na vida do recém-nascido, que fornecem à criança, um acolhimento emocional e uma sustentação física do corpo do bebê que descobre simultaneamente o mundo, o outro e a si próprio. É nessa apresentação gradual do mundo que se concretiza tanto a possibilidade de elaborações criativas acerca da realidade, como também a experiência da realidade compartilhada sem que haja muitos prejuízos à estruturação do self. Essa sustentação do sujeito, não encontra o seu fim no desenvolvimento da criança, uma vez que: “A condição humana apresenta uma instabilidade jamais completamente resolvida pela maternagem suficientemente boa inicial” (Medeiros; Aiello-Vaisberg, 2014 p. 52)

Essa sustentação é fornecida não apenas no manejo clínico, como por toda a rede de convívio do sujeito, e é fundamental para que as vivências sejam elaboradas sem que haja prejuízos para a integração do self:

O paciente sustentado mostra-se capaz de, com seu próprio potencial criativo, integrar, revisitar e inaugurar aspectos de si mesmo que se encontravam antes dissociados ou não-vividos. Assim, encontramos numa relação em que um mundo passa a ser construído criativamente, sem a necessidade de explicações intelectualizadas...Manter-se presente, vivo e real é a principal tarefa do analista, que, a partir desta condição, é profundamente afetado pelo viver do paciente e realiza uma escuta, um gesto, uma espera sintônicos com o mundo que vai paulatinamente sendo criado pela dupla (Medeiros; Aiello-Vaisberg, 2014, p. 53).

Ainda é possível pensar na articulação da psique soma também proposta por Winnicott, a partir da qual a elaboração criativa – isto é, experienciar os eventos com sentido – está fortemente relacionada com a organização e integração psíquica corporal. Como resultado, o contrário ocorre quando não existe sustentação para essa elaboração: a desorganização, não apenas do mundo interno, como do esquema corporal do sujeito enlutado, sendo exemplos disso alterações no apetite e na experiência de integração dos próprios membros enquanto extensão de si (Laurentiis, 2007, p. 54).

Acerca da (in)finitude do luto no manejo não violento

Como mencionado anteriormente, é possível pensar em um luto que não possui fim delimitado. Contudo, adicionarei que essa perspectiva não é apenas possível como também necessária quando pensamos em um manejo não violento da perda.

Essa perspectiva se contrapõe ao que é proposto dentro da medicalização do luto, uma compreensão do sofrimento enquanto patológico e que deve ser resolvido. Essa resolução se traduz de diversas maneiras, como em procedimentos que o sujeito enlutado deve seguir, buscando suprimir essa dor indesejável e incômoda. Um exemplo cotidiano dessa mentalidade é observar a supressão da própria memória referente ao sujeito perdido. Em muitas famílias, a morte física desemboca no apagamento do próprio indivíduo da memória familiar: ele não deve ser evocado em momento algum. As fotografias são retiradas das estantes, as músicas e filmes que marcaram a existência conjunta são evitados a qualquer custo, e o próprio nome do indivíduo se torna uma espécie de segredo: quando mencionado dentro do círculo familiar, deve ser entre sussurros. Esse procedimento, embora possa de fato contribuir para afastar momentaneamente o sofrimento ligado a perda, não deixa de afetar o sujeito enlutado nas mais diversas circunstâncias. Reprimir a existência de um outro, com quem foi possível partilhar a vida, é também reprimir fragmentos da própria existência. Ao tentar evitar que a perda do outro aniquile completamente o sujeito enlutado, este imprime em si próprio uma espécie de aniquilamento em doses homeopáticas.

Além disso, pensar em um sofrimento que é inversamente proporcional com o tempo decorrido da perda – a ideia de que a cada dia o sujeito sofre menos do que no dia anterior, até que essa dor inexistia – constitui uma irrerealidade. Isso porque essa mentalidade considera uma linearidade do tempo, que pode

ser verdadeira na sua dimensão cronológica, mas que inexiste na sua dimensão afetiva. Essa perspectiva é muito bem ilustrada no fragmento da obra *The End Of Loneliness* de Benedict Wells:

O tempo não é linear, tampouco a memória. Lembramo-nos sempre mais claramente das coisas das quais estamos emocionalmente próximos num determinado momento. No Natal, pensamos sempre que o último Natal acabou de passar, apesar de ter sido há doze meses. Por outro lado, o verão que acabou de passar, que na realidade está a seis meses de distância, parece muito mais distante. Memórias de coisas que são emocionalmente similares ao presente pegam uma espécie de atalho (Wells, 2019, p. 153, tradução livre)⁴.

Nesse sentido, a perda pode parecer tão mais recente anos após o seu acontecimento, quanto no próprio dia em que ela se deu. Discursos que se fundamentam em uma mentalidade que negam essa perspectiva, embora partam de um interesse positivo de reconfortar o sujeito enlutado, também possibilitam que ele se sinta inadequado no próprio sofrimento.

Todas essas afirmações podem parecer insuportáveis: se tampouco se pode excluir o indivíduo, somos todos relegados a viver em um suplício constante e diário? Seremos tal qual Sísifo – a figura mitológica cuja punição consistiu em carregar repetidamente uma pedra, montanha acima – responsáveis por carregar um fardo dia após dia, até o fim dos tempos? Isso depende da maneira que essa circunstância é significada. Se o sofrimento é entendido apenas enquanto um peso da ordem da ausência, que uma vez concretizada, é perpétua, então a resposta é afirmativa, estaremos fadados a seguir representando o papel de Sísifo.

Mas e se for possível olhar para o luto em uma outra dimensão que não a da conformação à ausência completa daqueles que perdemos? Existimos no

⁴ Time isn't linear; nor is memory. You always remember more clearly things you're emotionally close to at any given moment. At Christmas, you always think last Christmas has only just been and gone, even though it's twelve months ago. On the other hand, the summer just gone, which is actually six months closer, feels much further away. Memories of things that are emotionally similar to the present take a kind of short cut.

mundo com outras pessoas e somos afetados cotidianamente pela existência delas. Encontros bons e positivos criam em nós afetos de alegria e amor. Nós somos constituídos e continuamente modificados por esses encontros. Sentir profundamente com a perda de alguém significa que ela de fato desempenhou um papel de importância na nossa vida. O que sugiro não é um sofrimento que deva se manter para que se comprove a importância da pessoa perdida, mas sim de que formas essa perda que se dá na dimensão concreta pode ser ressignificada na sua dimensão simbólica, na medida que a existência de algo não se esgota na sua permanência física, mas permanece e é imanente na sua evocação e na sua memória. Sempre que rememoramos, recriamos a realidade. Somos enquanto vivos, detentores de tantos outros que passaram por nós. Guardamos suas memórias, seus gostos, e os fazemos reviver em várias circunstâncias. Esse poder que nós, seres humanos, possuímos de fazer reviver não é tanto a ordem do mágico quanto o citado em Wanda Vision, mas tem efeitos tão singulares e especiais quanto. Para exemplificar isso, retomo os livros anteriormente mencionados:

Em *Crying in H mart* (Zauner, 2019), Michelle Zauner diz: “Tentei explicar à Nami o quanto significava para mim compartilhar comida com ela, ouvir essas histórias. Como eu estava tentando me reconectar com as lembranças de minha mãe por meio da comida⁵.” Nesse sentido, a autora vai estabelecer com a culinária, uma ligação importante, que simultaneamente, evoca as memórias afetivas do cuidado e da existência da mãe, como reforça a sua identidade cultural, que possuía como importante suporte a figura materna, mas que não se esgota nela. O olhar materno e o lugar que a existência da mãe conferiu a Michelle, são por ela agora incorporados. Nessa medida, é possível dizer que há uma introjeção desse olhar materno que antes se direcionava à Michelle, e agora se encontra nela própria. E que esse olhar, agora introjetado, presente nela, guia as formas com as quais ela passa a existir no mundo.

⁵ I tried to explain to Nami how much it meant to me to share food with her, to hear these stories. How I'd been trying to reconnect with memories of my mother through food.

Em Hamnet (O'farrell, 2021), o pai do personagem cria uma peça teatral, nomeada Hamlet. Através da divulgação desse evento, Ágnes, que acreditava que a transformação da existência do filho em uma narrativa como essa configurava uma despersonalização e um esvaziamento de significado da existência particular dele, vai até Londres para confrontar o marido. Chegando lá, no entanto, e assistindo a produção, Ágnes se emociona, e entende que não se trata de descaracterizar Hamnet, e sim de um processo de simbolização e ressignificação – cujo princípio se assemelha à brincadeira do fort-da – da sua morte e da posição passiva dos pais diante desse evento:

Hamlet, nesse palco, é duas pessoas: o jovem menino, viva, e o pai, morto. Está ao mesmo tempo vivo e morto. O marido o trouxe de volta à vida, do único jeito que foi capaz. Quando o fantasma fala, ela percebe que o marido, ao escrever isso, ao assumir o papel do fantasma, pôde trocar de lugar com o filho. Tomou a morte do filho e a tornou sua; pôs a si mesmo nas garras da morte, ressuscitando o menino em seu lugar... Ele fez, compreende Agnes, o que qualquer pai gostaria de fazer, trocar o sofrimento do filho pelo seu, tomar seu lugar, oferecer-se em sacrifício no lugar do filho para que o menino pudesse viver... A um braço de distância, talvez dois, está Hamlet, seu Hamlet, como estaria agora se tivesse sobrevivido, e o fantasma, que tem as mãos do marido, a barba do marido, que fala com a voz do marido. Ela estende um dos braços, como para reconhecer eles, como para sentir o ar entre eles três, como se desejasse romper a fronteira entre plateia e atores, entre a vida real e a ficção. O fantasma vira a cabeça em sua direção, enquanto se prepara para sair de cena. Olha diretamente para ela, e seus olhares se encontram enquanto ele diz suas últimas palavras: — Lembre-se de mim.” (O'farrell, 2020, p 366, tradução livre).⁶

A quebra da relação concreta exige que consigamos reforçar o vínculo simbólico, esse que é inesgotável. Nós somos em vida, recipientes do afeto

⁶ Her husband has brought him back to life, in the only way he can. As the ghost talks, she sees that her husband, in writing this, in taking the role of the ghost, has changed places with his son. He has taken his son's death and made it his own; he has put himself in death's clutches, resurrecting the boy in his place... He has, Agnes sees, done what any father would wish to do, to exchange his child's suffering for his own, to take his place, to offer himself up in his child's stead so that the boy might live... An arm's length away, perhaps two, is Hamlet, her Hamlet, as he might have been, had he lived, and the ghost, who has her husband's hands, her husband's beard, who speaks in her husband's voice... She stretches out a hand, as if to acknowledge them, as if to feel the air between the three of them, as if wishing to pierce the boundary between audience and players, between real life and play. The ghost turns his head towards her, as he prepares to exit the scene. He is looking straight at her, meeting her gaze, as he speaks his final words: 'Remember me.'

daqueles que se foram. A elaboração do luto aparece aqui enquanto uma readaptação, na qual o sujeito enlutado pode reencontrar a imagem que o outro tinha dele, e se reconhecer nessa imagem, independente do suporte concreto desse outro. Dessa forma, nunca deixamos de existir com aqueles que perdemos.

Considerações Finais

O material aqui discutido foi guiado por uma premissa de que estudar sobre o luto, e inevitavelmente sobre a morte, é estudar possibilidades de manutenção da vida, de que forma dar continuidade à existência diante de tantas perdas que paulatinamente sofremos enquanto seres vivos. Para tanto, achei necessária a discussão dos conceitos de luto na perspectiva da psicanálise, compreender de que forma os teóricos explicam o que ocorre na psique durante e após a perda de um objeto amado, seja em termos de investimento e desinvestimento de energia, fornece uma estrutura para compreender da onde vem o luto e porque é acompanhado de sofrimento. Pensar em Winnicott e sua articulação com novas possibilidades de elaboração do luto me pareceu essencial para esclarecer a necessidade de se pensar no luto como um processo complexo, cuja legitimidade não é unicamente dependente do discurso do outro, e da realidade da ausência. A introdução do que seria uma elaboração criativa, enquanto atribuição própria de sentido aos eventos, e da sustentação confirmam a premissa de que existem formas menos violentas de elaboração. Acreditei ser interessante a articulação de todos esses elementos com materiais distintos, como o filme, a série e os livros citados, por duas razões: a primeira sendo proporcionar ao leitor, e a mim mesma, enquanto escritora do material e leitora das referências, maior compreensão acerca de conceitos tão difíceis; a segunda motivação foi garantir que esse texto não se configurasse como um material inafetado por mim, existem exigências acadêmicas acerca da neutralidade do pesquisador, mas acredito profundamente que essa pretensão não seja

irrevogável. Acreditando que toda produção de saber é marcada, é localizada, quis demonstrar, através da presença de obras tão importantes para a minha construção como acadêmica e como sujeito, a minha afetação particular com o tema, o que decerto não retira a credibilidade dos autores aqui mencionados e das ideias desenvolvidas.

Existem outras possíveis e necessárias discussões que ainda tangem a temática do luto. Sob a minha perspectiva são elas: como a forma de vivenciar a experiência da morte pode estar ligada às teorias que descrevem esse fenômeno, e como estas teorias estão articuladas a dispositivos sociais, históricos ou culturais; Quais corpos são considerados enlutáveis – dignos de luto – partindo de um campo que considera pessoas marginalizadas, como detentos, como não aptos a receber uma comoção por um outro, e qual grau de sofrimento esse outro pode ter pela desautorização da própria dor? Ainda acerca dos impactos da desautorização do luto, outro caso importante a ser discutido me parece o de mães que optam pelo aborto do feto. Por último, embora mencionados no texto, a relevância da memória e da evocação também me parecem essenciais, e dignos de discussões mais extensas.

Referências

BARONE, K. C. **O Trabalho de luto à luz dos fenômenos transicionais.** In: Tânia Aiello-Vaisberg; Fabiana Follador e Ambrosio. (Org.). *Cadernos Ser e Fazer: O Brincar.* São Paulo: Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo, 2004, p. 87-98.

CAVALCANTI, Andressa Katherine Santos; SAMCZUK, Milena Lieto; BONFIM, Tânia Elena. **O conceito psicanalítico do luto: uma perspectiva a partir de Freud e Klein.** *Psicol inf.*, São Paulo, v. 17, n. 17, p. 87-105, dez. 2013. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1415-88092013000200007&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 20 jan. 2024.

DUNKER, C. I. L.. Teoria do Luto em Psicanálise. **Revista PsicoFAE: Pluralidades em Saúde Mental**, v. 8, n. 2, p. 28-42, dez. 2019. Disponível em: <https://revistapsicofae.fae.edu/psico/article/view/226>. Acesso em: 31 out. 2023.

A vida em si. **Direção de Dan Fogelman**. Estados Unidos: Amazon Studios, 2018.

Freud, S. **Formulações sobre os dois princípios do acontecer psíquico**. In S. Freud, Obras psicológicas de Sigmund Freud: escritos sobre a psicologia do inconsciente. Rio de Janeiro: Imago, 2004.

Freud, S. **Luto e melancolia**. 1. ed. São Paulo: Cosac Naify, 2011.

GOMES, L. B. **O processo de luto e os efeitos do traumático: um estudo psicanalítico sobre trabalhos psíquicos, memória, testemunho e elaboração onírica**. Dissertação (Mestrado em Psicologia), Universidade de São Paulo, Agência USP de Gestão da Informação Acadêmica (AGUIA), 2020.

LACAN, J. **O Seminário, Livro 8: A Transferência**. 2. ed. Rio de Janeiro: Zahar, 2010.

LAURENTIIS, V. R. F. **A incerta conquista da morada da psique no soma em D. W. Winnicott**. Winnicott e-prints, São Paulo, v. 2, n. 2, p. 1-13, 2007. Disponível em http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1679-432X2007000200003&lng=pt&nrm=iso. Acesso em: 01 nov. 2023.

LIMULJA, H. **O Desejo Dos Outros: Uma Etnografia Dos Sonhos Yanomami**. 1. ed. São Paulo: Ubu Editora, 2022.

LOPES, C. M. B.; PINHEIRO, N. N. B.. Notas sobre algumas implicações psíquicas da desconstrução da maternidade no processo de luto: um caso de nascimento-morte. *Estilos Clínicos*, São Paulo, v. 18, n. 2, p. 358-371, ago. 2013. Disponível em http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1415-71282013000200010&lng=pt&nrm=iso. Acesso em: 01 nov. 2023.

MEDEIROS, C.; AIELLO-VAISBERG, T. M. J. Reflexões sobre holding e sustentação como gestos psicoterapêuticos. **Psicologia Clínica**, v. 26, n. 2, p. 49–62, 2014. <https://www.scielo.br/j/pc/a/wLtHmFGfDBWy4vR5Mwdt9Nb/abstract/?lang=pt>. Acesso em: 20 jan. 2024

MIRANDA, C. E. S.; COHEN, R. H. P. O brincar como modo de tratamento ao real da doença. **Estudos e Pesquisas em Psicologia**, v. 13, n. 1, 2013. Disponível em http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1808-42812013000100013&lng=pt&nrm=iso. Acesso em: 20 jan. 2024.

NÁSIO, J. D. **O livro da dor e do amor**. 1. ed. Rio de Janeiro: Editora Jorge Zahar

NELSON, M. **Bluets**. 2. ed. Seattle, WA, USA: Wave Books, 2019.

O'FARRELL, M. **Hamnet**. 1. ed. Londres, Inglaterra: Tinder Press, 2021.

SANTOS, G. A.; ALVARES, L. B. O lugar da Psicanálise na prática com familiares enlutados na Unidade de Terapia Intensiva. **Revista da Sociedade Brasileira de Psicologia Hospitalar**, v. 24, n. 1, p. 116–127, 20 jan. 2021. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-08582021000100011&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 20 jan. 2024.

SHAKMAN, M. **WandaVision**. Estados Unidos: Marvel Studios, 2021.

WELLS, B. **The End of Loneliness: A Novel**. Tradução: Charlotte Collins. 1. ed. Nova Iorque, NY, USA: Penguin, 2019.

ZAUNER, M. **Crying in H Mart**. 1. ed. Londres, Inglaterra: Picador, 2022.

CAPÍTULO 7

O ACOLHIMENTO NOS CENTROS DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL NO MUNICÍPIO DO INTERIOR BAIANO

Veronica Lima Santos

Clara Aleida Prada Sanabria

Milla Pauline da Silva Ferreira Teles

Thereza Christina Bahia Coelho

Doi: 10.48209/978-65-5417-249-8

Resumo: O estudo teve como objetivo compreender como as práticas de acolhimento são desenvolvidas nos Centros de Atenção Psicossocial das diferentes modalidades em um município do interior baiano. Trata-se de um estudo quanti-qualitativo com análise descritiva. Foi utilizado um formulário eletrônico com perguntas que abordaram aspectos relacionados ao acolhimento. Os resultados indicaram que os profissionais entendem de forma ampla o que significa acolhimento, porém, as práticas são limitadas e arraigadas ao modelo biomédico. Além disso, os trabalhadores alegam se sentir sobrecarregados, e as condições de trabalho relatadas pelos trabalhadores são precárias, não obstante se sintam satisfeitos em atuar no campo da Saúde Mental. Conclui-se que os trabalhadores compreendem a importância e a forma de realizar o acolhimento, mas há necessidade de algumas mudanças nas práticas de acolhimento que os trabalhadores realizam. Desse modo, é necessário pensar em transformações na organização do trabalho, nas condições de trabalho, bem como no fortalecimento da educação permanente a partir do pensamento crítico em relação ao campo da Saúde Mental.

Palavras-Chave: Acolhimento; Serviços de Saúde Mental; Saúde mental.

Introdução

O conceito de acolhimento definido pela Política Nacional de Humanização (PNH) tem como objetivo garantir a construção de vínculos entre usuários e profissionais da Saúde considerando os princípios básicos do Sistema Único de Saúde (SUS). Assim, tal conceito tem sido incorporado de forma diversa nos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS). As pesquisas sobre o tema apontam que a construção do vínculo com o usuário é a principal estratégia de cuidado nos serviços de Saúde Mental (Brasil, 2010).

Dessa forma, a PNH assume uma postura ética no que se refere ao compromisso com o reconhecimento do outro na ação de acolhê-lo em suas singularidades, seus sofrimentos, suas alegrias, suas formas de viver, sentir e estar na vida. Nesse sentido, assume também uma postura estética que diz respeito às relações e aos encontros do cotidiano, à invenção de diferentes possibilidades que auxiliam na construção da vida e do viver. Finalmente, o acolhimento também é político porque implica a corresponsabilidade de envolver-se neste “estar com”, potencializando protagonismos nos diferentes encontros (Brasil, 2010).

O acolhimento concretiza-se no quadrilátero que fortalece os encontros: construção do vínculo, escuta qualificada, implicação e resolutividade (Carvalho *et al.*, 2019). De acordo com Lopes *et al.* (2015), o acolhimento é uma prática que deve acontecer em todos os vínculos de cuidado, na relação entre os profissionais de saúde e os usuários, no exercício de saber escutar e recepcionar os sujeitos e determinar o acolhimento como uma ação que permita humanizar o cuidado. Isso implica expandir o acesso dos usuários aos serviços de Saúde, dar resolutividade às demandas de Saúde, auxiliar na coordenação dos serviços e possibilitar a construção do vínculo entre trabalhadores e usuários.

Acolher requer postura ética e comprometimento interprofissional em concordância com as demandas dos usuários, da coletividade e da comunidade

em geral (Carvalho *et al.*, 2019). Para Dimenstein *et al.* (2018), o acolhimento é uma prática relacional com o propósito de compreender as necessidades e predileções das pessoas, verificar a classificação por risco e minimizar o tempo de espera dos usuários.

Nesse contexto, ao analisar o entendimento que os profissionais têm acerca do acolhimento em um CAPS III, observou-se que a escuta qualificada é uma prática comum no serviço. O trabalho parte do reconhecimento do quanto é importante identificar quais as necessidades dos usuários, bem como os diferentes discursos que fazem parte da rotina do trabalho. Assim, existe atenção em desenvolver práxis humanizadas e implicadas no processo do cuidado (Ballarin *et al.*, 2011).

As formas como o acolhimento acontece são fundamentais para o desenvolvimento do cuidado, ou seja, o acolhimento não fica restrito somente às estruturas físicas do acesso, mas também ao manejo dos profissionais no atendimento, na escuta e na avaliação das demandas. O acolher demanda tanto uma tarefa imediata quanto um tempo para assumir a conduta (Schmidt; Figueiredo, 2009).

No primeiro contato com o usuário, os profissionais que trabalham no serviço de Saúde podem, através do acolhimento, oferecer a escuta qualificada tanto aos usuários quanto aos familiares, de forma que eles se sintam confiantes e tranquilos para verbalizar suas demandas, questionamentos e angústias. Essa estratégia de cuidado auxilia os profissionais a conhecerem as necessidades de saúde dos usuários no território (Brasil, 2013).

Ofertar acolhimento é uma eficiente estratégia de cuidado que possibilita dinamizar a atuação da equipe técnica no serviço de Saúde Mental a partir da assistência mais afetiva, estabelecendo construções de vínculos entre sujeitos e profissionais e considerando a escuta importante para materialização do vínculo, o que torna o CAPS um espaço de transformação potente e corresponsável pela autonomia dos usuários (Caçapava, 2008).

Nesse contexto, no campo da Saúde Mental, o acolhimento, a escuta e a construção do vínculo formam um conjunto de práticas importantes para as intervenções, consideradas tecnologias leves de cuidado na comunidade. Esse processo possibilita uma relação terapêutica mais próxima, ou seja, o profissional da Saúde Mental está disponível a escutar as demandas dos usuários, assumindo, assim, uma postura acolhedora (Mielke; Olshowsky, 2011).

É importante que todos os atores – pacientes, familiares e profissionais da Saúde e Assistência social – estejam envolvidos na implementação e no desenvolvimento de estratégias e ações de Saúde Mental, a fim de que as medidas caminhem no sentido da construção de alianças que possibilitem fortalecer e dar seguimento aos avanços que foram alcançados tendo como base a Lei de Saúde Mental brasileira e as orientações técnico-científicas das instituições internacionais do campo da Saúde Mental (Almeida, 2019).

As práticas para acolher os usuários e os familiares que chegam nos serviços de Saúde Mental estão relacionadas com a compreensão que os profissionais têm sobre acolhimento, as fragilidades na elaboração de estratégias que possibilitem a construção do vínculo entre os atores (usuários/familiares/equipe), o modelo biomédico como prática de cuidado e a inexistência da responsabilização no processo de cuidado.

Assim, a pergunta de pesquisa se concentra na investigação de ações e estratégias que viabilizam os processos de acolhimento e o cuidado integral aos usuários que recebem atendimento nos serviços de Saúde Mental em Feira de Santana (BA). Dessa forma, a questão é: como o acolhimento é desenvolvido pelos profissionais dos CAPS nas diferentes modalidades no município de Feira de Santana?

Com todo o conhecimento presente na literatura sobre os impactos positivos gerados através das práticas de acolhimento, as quais resultam em transformações significativas na vida dos usuários – tanto dos serviços de Saúde na

atenção básica, quanto da atenção psicossocial – torna-se importante enfatizar que os processos de acolhimento vão além da escuta qualificada. Busca-se, sobretudo, solidificar vínculos sociais no contexto comunitário, com foco no protagonismo das pessoas e na integração dos laços entre os usuários, os profissionais do serviço de Saúde e a comunidade.

As pesquisas apontam bons resultados das práticas de acolhimento em alguns CAPS, bem como outros estudos apresentam os desafios e as fragilidades na oferta do acolhimento nos serviços de Saúde Mental. Assim, este estudo torna-se importante para compreender como as práticas de acolhimento são desenvolvidas no município de Feira de Santana, identificando fortalezas e debilidades. Os resultados desta pesquisa podem ser aproveitados pela gestão para o desenho de ações em prol da melhoria do cuidado em Saúde para usuários e familiares através do acolhimento.

O objetivo desta investigação foi compreender como o acolhimento é desenvolvido pelos profissionais dos CAPS nas diferentes modalidades no município de Feira de Santana. Os objetivos específicos foram: descrever o perfil dos profissionais que participam do acolhimento, descrever o significado de acolhimento a partir das percepções dos profissionais e identificar as práticas de acolhimento que são realizadas nesses substitutivos.

Metodologia

Trata-se de um estudo quanti-qualitativo do tipo descritivo, realizado nos cinco CAPS de diferentes modalidades do município de Feira de Santana. A cidade conta com dois substitutivos CAPS II, um CAPS III, um CAPS Álcool e outras Drogas e um CAPS Infanto-Juvenil. Os participantes da pesquisa foram os profissionais de nível superior e técnico que atuam nesses CAPS. Os critérios de inclusão para participar do estudo foram: atuar no substitutivo de saúde mental no período mínimo de seis meses e não estar afastado da unidade por licença prêmio ou médica no momento da coleta.

Para a coleta de dados, foi aplicado um formulário eletrônico composto por perguntas objetivas e discursivas a ser respondido pelos profissionais dos CAPS. As perguntas incluíam informações sobre: 1) Perfil dos profissionais (informações sociodemográficas, formação, educação permanente e trajetória no campo da Saúde Mental); 2) Percepções e sentimentos dos trabalhadores acerca do significado de acolhimento e sua realização; 3) Práticas de acolhimento realizadas nos CAPS. Também foi produzido um diário de campo durante as visitas ao CAPS nos momentos iniciais e também nas reuniões com as equipes. No **Quadro 1**, são apresentadas as categorias e unidades de análise do estudo.

A coleta de dados foi realizada no período de setembro a novembro de 2022. Foram convidados 112 profissionais, no entanto, apenas 29 trabalhadores participaram. Para complementar a coleta, foi construído um diário de campo com observações relevantes realizadas durante as 10 visitas aos CAPS. As visitas *in loco* foram realizadas nas reuniões semanais, conversando pessoalmente com os trabalhadores e coordenadores dos diferentes CAPS. Para armazenamento e análise dos dados, foi utilizada a plataforma web REDCap (*Research Electronic Data Capture*), para elaborar e gerenciar bancos de dados e pesquisas no formato online.

O processo analítico dos dados ocorreu de modo quantitativo (análise descritiva) sobre o perfil dos profissionais: informações sociodemográficas, formação e trajetória dos profissionais no campo da Saúde Mental, tal como na abordagem qualitativa (análise de conteúdo) referente às perguntas sobre as percepções do significado de acolhimento e as práticas realizadas nos CAPS.

A análise de conteúdo configura-se como grupo de técnicas de análise das comunicações que faz uso de recursos sistemáticos para a descrição das informações contidas nas mensagens. Desse modo, a técnica de análise de conteúdo é atribuída tanto ao conteúdo das figuras de linguagem, entrelinhas, reticências, quanto ao conteúdo expresso (Bardin, 2011).

Por se tratar de um estudo envolvendo diretamente a participação de seres humanos, foi necessária a aplicação do instrumento de declaração de Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). Considerando as questões de ordem ética, este estudo foi apreciado e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Estadual de Feira de Santana (UEFS), mediante parecer n° 5.380.161.

Resultados e Discussão

Características sociodemográficas dos profissionais

As idades dos 29 trabalhadores que responderam o formulário variam entre 28 e 66 anos. A maior parte dos profissionais tem entre 40 e 42 anos, equivalente a 28% dos participantes da pesquisa. Em relação à naturalidade, 25 profissionais informaram ter nascido na Bahia, correspondendo a 86% do total de trabalhadores, e quanto ao município de nascimento, 62% dos profissionais responderam ter a naturalidade no município de Feira de Santana.

Todos os trabalhadores informaram residir no município de Feira de Santana. Quando perguntados há quanto tempo são munícipes de Feira de Santana, a grande maioria respondeu que desde sempre, totalizando 22 trabalhadores, correspondendo a 76% do total de profissionais.

A análise sobre a residência e naturalidade revelou que, em virtude de a maioria dos profissionais dos CAPS residirem na região onde atuam, eles conhecem a cultura e a realidade da situação da Saúde Mental da população. Em relação ao quesito raça/cor, a maioria dos profissionais se autodeclarou como pardo (69%), 17% como brancos e 14% como negros. Quanto ao estado civil, a maior parte declarou estar casado ou estar em união estável, o que corresponde a 55% do total de participantes. No que diz respeito à identidade de gênero, o maior número dos profissionais dos CAPS são mulheres cis, equivalendo a 76% do total de trabalhadores.

Os profissionais apresentaram dúvidas em relação ao significado de identidade de gênero durante o preenchimento dos formulários. Essa observação, registrada no diário de campo, evidencia que os profissionais não têm conhecimento do significado das diferentes identidades de gênero, o que fez com que alguns tivessem dificuldades para se autodeclarar em relação ao gênero. O desconhecimento das diferentes identidades de gênero dos profissionais de Saúde, especificamente da atenção psicossocial, pode resultar em fragilidades para acolher usuários que não se identificam como cisgêneros.

O entendimento sobre o que é ser mulher ou ser homem parte da definição em termos culturais a partir de paradigmas de feminilidade e masculinidade, principalmente aqueles que resultam das normas e regras seguidas pelas pessoas em suas interações sociais nas relações de gênero. As relações de gênero se constituem a partir das diferentes organizações culturais, e também organizam a hierarquia entre os indivíduos de acordo com o sexo intermediadas pelas relações de poder presentes nos diferentes cenários sociais (Lamas, 2000; Connell; Messerschmidt, 2013; Scott, 2017).

Em 2011, a Política Nacional de Saúde Integral dos LGBT's trouxe mudanças no cuidado a esse público, como, por exemplo, o uso excessivo de medicamentos e a garantia do uso do nome social. No ano de 2016, essas pautas foram novamente discutidas em novas ações governamentais voltadas à Saúde integral, humanização no atendimento e respeito a esse público, reforçando as atribuições do Estado frente às suas demandas (Monteiro; Brigeiro, 2019).

No contexto da Saúde, estudos mostram as implicações dos processos de marginalização social na falta de acesso da população LGBT aos serviços de Saúde, apontando casos de preconceito e hostilidade nos serviços, assim como a falta de exames físicos, dificuldade em entender as orientações médicas, e desrespeito ao nome social.

Mesmo em serviços especializados, vistos como mais qualificados, as

situações de discriminação são frequentes. Por isso, tem sido enfatizada a importância de capacitar os profissionais de Saúde tendo em vista à humanização e o respeito às diferentes identidades de gênero e de orientação sexual (Santos *et al.*, 2015; Rocon *et al.*, 2016; Moscheta; Souza; Santos, 2016; Tagliamento; Paiva, 2016; Sousa; Ferreira; Sa, 2013).

Considerando que as relações de gênero são pouco discutidas entre os trabalhadores da Saúde nos diferentes níveis de assistência, é imperativo estudar a compreensão que esses profissionais têm da feminilidade e da masculinidade e a relação dessas concepções com os cuidados com a saúde. Investigar esse aspecto pode amplificar o conhecimento sobre gênero e Saúde, além de possibilitar o reconhecimento das desigualdades de gênero e oportunizar ações de formação contínua de modo a garantir a equidade e a integralidade da atenção à saúde (Costa-Júnior; Couto; Maia, 2016). Dessa forma, os achados desta pesquisa evidenciam a necessidade de qualificação sobre identidade de gênero com os trabalhadores dos CAPS.

Formação e Educação Permanente

Sobre a formação, educação permanente, jornada de trabalho e a trajetória dos profissionais no campo da Saúde Mental e nos CAPS, a maioria dos participantes informou que estudou o ensino médio em escolas públicas, correspondendo a 86%. Em relação ao nível superior ou técnico, 72% informaram que estudaram o nível superior em instituições privadas. No que se refere ao nível de escolaridade, a maior parte dos profissionais informou possuir pós-graduação no nível de especialização nas áreas de Psicologia com ênfase em Saúde Mental e Saúde pública e coletiva, correspondendo a 65% do total de participantes da pesquisa.

Dos profissionais de nível superior que atuam nos CAPS e que participaram da pesquisa, 2 são educadores físicos, 4 assistentes sociais, 7 enfermeiros, 4 pedagogos, 9 psicólogos e 1 médico. No nível técnico, os dois participantes

são técnicos em enfermagem. 20 profissionais responderam não ter feito mais de uma graduação. Em relação à educação permanente, apenas 13 informaram ter participado em, no mínimo, quatro cursos oferecidos pelas Secretarias Estadual ou Municipal de Saúde. Observou-se também que a maioria não realizou cursos por iniciativa própria, tanto cursos gratuitos, quanto cursos pagos.

Assim, é imprescindível refletir sobre a necessidade de consolidar o novo modelo de cuidado em Saúde Mental a partir da continuidade e desenvolvimento cultural, político e técnico dos profissionais envolvidos. Para isso, torna-se essencial investir na formação e educação permanente de modo articulado e com base nos princípios tanto da Reforma Psiquiátrica quanto da Educação Interprofissional. Desse modo, os serviços de Saúde Mental, os trabalhadores e a gestão estarão qualificados para garantir o progresso do novo modelo (Mângia, 2009).

Trajetória profissional e condições de trabalho no campo da Saúde Mental

As práticas de acolhimento com usuários e com os familiares são realizadas pelos enfermeiros, psicólogos, assistentes sociais e pedagogos. No entanto, foi observado que os médicos clínicos e os psiquiatras não realizam práticas de acolhimento. Diante disso, pode-se inferir que, além da presença da hegemonia do modelo biomédico nos CAPS, existe também a atividade médica limitada a realizar consultas e receitar psicotrópicos, não participando da elaboração do Projeto Terapêutico Singular e do Trabalho Interdisciplinar.

Com relação à carga horária de trabalho, os profissionais em sua maioria (26 trabalhadores) têm vínculo de 30 horas semanais. Com relação ao tipo de contrato trabalhista, 59% dos profissionais são terceirizados. A terceirização interfere de modo direto na qualidade do serviço ofertado, bem como compromete a saúde mental dos trabalhadores diante da desconstrução de um serviço estruturado. Destaca-se que essa situação se torna ainda mais grave quando ocorre demissão dos trabalhadores e isso não provoca transformações no tipo

de vínculo trabalhista, como por exemplo, a realização de concurso público (Santos; Navarro; Elias, 2023).

Nesse mesmo sentido, quando perguntados sobre o tempo de atuação nos CAPS, 66% dos trabalhadores informaram que trabalham nos CAPS há mais de 6 anos. Os trabalhadores dos CAPS informaram também que atuam no campo da Saúde Mental há mais de 6 anos, demonstrando que têm experiência significativa na área.

Percepções sobre o conceito de acolhimento

Acerca das percepções dos profissionais sobre o significado de acolhimento, as respostas dos trabalhadores expressaram que o acolhimento consiste na escuta sensível e empática para conhecer as necessidades dos usuários e responsáveis, um momento para criar vínculo, dar atenção e cuidado aos usuários e seus familiares. Os verbos mais usados quando os profissionais definiram acolhimento foram: doar, ajudar, recepcionar, receber, apoiar, criar confiança. Para alguns profissionais, o acolhimento é compreendido como um procedimento pontual e que acontece no início do tratamento quando os usuários chegam nos CAPS:

A percepção das necessidades e questões biopsicossociais dos indivíduos que apresentam suas demandas com uma escuta sensível e empática (Profissional 10, 2022).

Acolhimento inicial ao paciente que chega ao serviço de saúde mental pela primeira vez, consistindo em escuta qualificada, mapeamento sindrômico, triagem e intervenção genérica. Acolhimento em crises, com intervenção verbal, farmacológica e suporte material a sofrimento agudo dos pacientes. Acolhimento em tempo integral em unidade que permita o tratamento em tempo integral 24hs por período limitado, equivalente ao antigo termo ‘internação’, em fases críticas do processo de doença ou após exaustão das estratégias terapêuticas (Profissional 10, 2022).

Já para outros, o acolhimento está relacionado ao processo de cuidado, pois definem o acolhimento de forma mais ampla, e compreendem que pode ser realizado em diferentes situações. Os profissionais expressaram que, através do

acolhimento, as demandas do usuário podem ser identificadas e, a partir disso, poderão assumir posturas mais resolutivas:

receber o usuário e tentar atender e encaminhar as demandas do mesmo, com o máximo de resolutividade. (Profissional 02, 2022).

dá início a assistência ao paciente como um todo, analisando, fazendo uma escuta qualificada, e direcionando para o tratamento adequado (Profissional 17, 2022).

As práticas são resolutivas quando dão respostas positivas ao sujeito que procura pelo serviço de Saúde, não se resumindo exclusivamente à cura de patologias, mas abrangendo também a diminuição do sofrimento e a manutenção e promoção da Saúde. A resolutividade pode ser observada a partir de dois aspectos: a habilidade de atender os problemas e o encaminhamento daqueles que precisam de cuidados especializados. No campo da Saúde Mental, a análise da resolutividade de um serviço está relacionada à mensuração de resultados, sobretudo às ações de cuidado oferecidas pelo serviço de saúde (Rotoli *et al.*, 2019).

Entretanto, alguns trabalhadores encaram o acolhimento em uma perspectiva reducionista, isto é, têm uma visão mais limitada sobre o que significa acolher usuários e familiares. Quando perguntados sobre a forma como se sentiam ao realizar o acolhimento, a maioria afirmou sentir alegria e satisfação por possibilitar cuidado aos usuários, como representado nas seguintes respostas:

é passar informações do funcionamento do CAPS e os serviços que são oferecidos. (Profissional 07, 2022)

abertura para escuta e compartilhamento com formato de elaboração de dados (Profissional 20, 2022)

Com a convivência com os pacientes os técnicos conseguem com o diálogo mais frequente colher informações que nem no acolhimento eles conseguem falar. Eu me sinto feliz em saber que eles conseguem dividir com a equipe informações que às vezes não tem coragem de falar (Profissional 03, 2022)

É muito gratificante, principalmente que muitas pessoas chegam procurando a pessoa que as escutem. A maioria das vezes não encontram em casa. E você tá podendo ajudar com uma palavra é muito bom (Profissional 21, 2022)

Os profissionais também foram inquiridos a respeito das práticas realizadas por eles nos CAPS, sendo solicitado que apontassem quais delas são primordiais nos substitutivos. De acordo com as respostas dos trabalhadores, as ações de acolhimento consistem em terapia individual e em grupo, triagem, escuta qualificada, sala de espera, construção do PTS, encaminhamento, orientações para consultas/ exames, uso de medicamentos e visita domiciliar. A resposta dos Profissionais 02 e 13 é ilustrativa:

acolhimento, terapia em grupo, terapia individual, oficinas terapêuticas, sala de espera, administração e liberação de medicamentos (Profissional 02, 2022)

escuta, triagem, projeto terapêutico singular (Profissional 13, 2022)

Diante disso, é importante pensar sobre a ressignificação do acolhimento como ferramenta importante para o encontro de pessoas, no sentido de possibilidades de novos modos de viver. Ou seja, encarar o encontro com o outro como propulsor de novos sentidos para produzir novas maneiras de vida, e não somente como estimulador de fluxos e resoluções rápidas das demandas do usuário (Giordani *et al.*, 2021).

Quando perguntados sobre quais práticas de acolhimento não deveriam deixar de serem realizadas nos CAPS, a maioria dos participantes da pesquisa respondeu que a escuta qualificada é um recurso indispensável durante o acolhimento aos usuários e familiares. Assim, compreendem que a escuta permite a construção de vínculo no processo de cuidado, como expressado nas seguintes respostas:

uma escuta limpa, que respeite a singularidade de cada sujeito (Profissional 05, 2022)

escuta qualificada, atendimento humanizado, promoção e prevenção (Profissional 14, 2022)

Conforme as falas, os encontros começam a partir da escuta qualificada bastante citada pelos profissionais dos CAPS. Nessas ocasiões, são ouvidas as demandas, e os profissionais permanecem atentos às falas dos usuários através de uma postura empática. Todos esses fatores estão atrelados à consolidação do vínculo.

A escuta qualificada é um instrumento importante para que os usuários sejam assistidos a partir da perspectiva do cuidado integral em Saúde. Através da escuta, os laços são construídos, as relações de acolhimento são produzidas e se estabelece o respeito às diferenças, assim como o encontro singular de quem cuida e de quem é cuidado (Mielke; Olschowsky, 2011).

Sobre as condições favoráveis para realização do acolhimento nos CAPS, os profissionais responderam, em sua grande maioria, que os ambientes físicos oferecem boas condições para acolher os usuários. No entanto, vale salientar que as instalações dos CAPS são recém-inauguradas. Antes, as unidades não tinham sedes próprias, e funcionavam em residências alugadas, conforme o relato dos profissionais:

o ambiente hoje está muito mais organizado onde eles se sentem mais confortável (Profissional 04, 2022)

ambiente tranquilo, sem ruídos na comunicação, um profissional preparado, e principalmente, o tempo dispensado para qualificação da escuta (Profissional 16, 2022)

No entanto, existe a exceção do CAPS AD que ainda permanece em uma residência alugada. A esse respeito, os profissionais responderam que estão insatisfeitos com a estrutura física. As respostas reproduzidas a seguir demonstram a insatisfação com o espaço:

porque estamos alocados numa casa alugada com poucas salas de atendimento (Profissional 02, 2022)

por enquanto estamos em imóvel alugado que não tem acessibilidade nem muito espaço para nossa demanda (Profissional 26, 2022)

Neste sentido, observou-se que, apesar das boas condições das estruturas físicas da maioria dos CAPS, os profissionais ainda percebem que esses espaços não são acolhedores, e enfatizam a importância de melhorar o ambiente do substitutivo. Os profissionais 05 e 23 falam da boa estrutura física do serviço, porém suas falas remetem à ambiência hospitalocêntrica:

Tem uma grande variabilidade de sala, no entanto precisa investir em conforto para os pacientes, um lugar que deve ser arrumado de modo que fique acolhedor. Reitero, a estrutura é excelente, o que falta é arrumar o lugar de forma mais acolhedora, pois o que impera é o modelo hospitalar (Profissional 05, 2022)

uma estrutura boa, mas algumas coisas que precisam melhorar (Profissional 23, 2022)

A ambiência, em qualquer proporção, traz elementos relevantes para a compreensão das condições físicas e emocionais das pessoas que estão nesse contexto, melhorando as relações. A ambiência na Saúde consiste no tratamento dado ao espaço físico, compreendido como espaço de trabalho, das relações interpessoais, bem como espaço social que deve oferecer acolhimento, ações resolutivas e humanizadas (Bestetti, 2014; Brasil, 2010).

Dessa forma, a ambiência, como espaço de encontro entre os usuários, familiares e profissionais, deve ser vista como um dispositivo para potencializar e auxiliar as habilidades das práticas e a reflexão dos atores que estão envolvidos nos processos de trabalho e cuidado, ou seja, como ambiente produtor de subjetividades. A formação dos espaços deve oferecer a possibilidade de que os sujeitos pensem e construam seus processos de trabalho e cuidado a partir da perspectiva integral, inclusiva e equânime (Brasil, 2010).

Em relação às condições desfavoráveis e dificuldades enfrentadas pelos trabalhadores, as respostas ao questionário relataram falta de materiais, sobrecarga de trabalho, predominância do modelo biomédico, quantidade insuficiente de profissionais, preconceito, usuários sem documentação, ausência dos familiares e falta de informações sobre o usuário e salas inadequadas.

Além disso, os trabalhadores informaram que ainda precisam lidar com outras dificuldades como a falta de medicamentos e o desconhecimento de alguns profissionais sobre como acolher/cuidar dos usuários e dificuldades no manejo em situação de crise. Seguem alguns relatos:

ausência de alguns materiais de consumo (Profissional 03, 2022)

a grande demanda para o número de profissionais que atuam nas unidades. Isso favorece uma demanda reprimida e sobrecarrega os profissionais (Profissional 27, 2022)

barulho ambiente que prevalece, a estrutura médica com apenas uma maca e uma mesa! Sem atrativos que desmistifiquem o modelo médico (Profissional 06, 2022)

imaturidade, parcialidade, moralismo, individualidade, medo, preconceito (Profissional 10, 2022)

ausência dos responsáveis e documentação incompleta (Profissional 15, 2022)

falta de informações mais precisas sobre o acolhido (Profissional, 06 2022)

só a falta de medicamentos (Profissional 16, 2022)

a existência de profissionais sem empatia, alocados na área por questões diversas que não o interesse próprio, afinidade ou especialização na área (Profissional 09, 2022)

como disse antes, a falta do conhecimento. Sinto que algumas pessoas da equipe não conhecem princípios básicos do SUS, imagine a Política Nacional de Humanização (p. 22).

Os problemas presentes no cotidiano dos serviços de Saúde impactam negativamente a qualidade dos cuidados prestados e dificultam o acesso ao serviço. Dificuldades como a escassez de informações relacionadas aos atendimentos e o número elevado das demandas dos usuários no serviço interferem na comunicação e nos atendimentos (Clementino *et al.*, 2017).

A literatura aponta que as más condições de trabalho impostas aos profissionais levam, muitas vezes, à reprodução das práticas manicomiais nos

serviços que são substitutivos aos manicômios. Nesse sentido, alguns autores enfatizam que o CAPS está se tornando um serviço substitutivo encapsulado, institucionalizando o cuidado e produzindo a cronificação das pessoas que frequentam esses espaços. Atreladas a isso, estão as dificuldades intersetoriais que resultam em uma rede menos ampla e desintegrada da atenção psicossocial (Furtado *et al.*, 2017).

Por outra parte, os profissionais informaram que a continuidade do cuidado consiste nos agendamentos para as próximas consultas, encaminhamentos, inserção em oficinas terapêuticas, visitas domiciliares, uso de medicamentos, atendimento psicológico e criação de PTS. Assim, foi possível verificar que a construção do PTS faz parte das práticas implementadas nos CAPS para garantir a continuidade do cuidado aos usuários e seus familiares:

Após realização do acolhimento, são realizados os agendamentos para a equipe multidisciplinar, e após avaliações, se necessário inserir em grupos terapêuticos e/ou oficinas terapêuticas (Profissional 14, 2022).

liberação de medicação, consulta médica e psicológica periódica, grupos e oficinas terapêuticas (Profissional 17, 2022)

fazemos projeto terapêutico para o paciente (Profissional 11, 2022)

o vínculo, o PTS (projeto terapêutico individual), a frequência nas oficinas e grupos terapêuticos, além das consultas e medicações fornecidas (Profissional 26, 2022).

Para a construção do PTS, os trabalhadores informaram que o usuário precisa atender a alguns critérios, como no caso de usuários que estão apresentando dificuldade de aderir ao tratamento e que estão em sofrimento grave. Segundo alguns trabalhadores, é necessário passar por uma avaliação multiprofissional de acordo com as necessidades dos usuários, e o próprio usuário precisa manifestar interesse na corresponsabilização do cuidado.

Safair Kinker (2016) e Oliveira (2013), enfatizam que o PTS não deve ser confundido com um conjunto de intervenções que os serviços de Saúde ofertam

para os usuários. Trata-se de entrelaçar a vida juntamente aos usuários cotidianamente, pois é através das relações estabelecidas que as situações que geram sofrimento poderão ser transformadas, possibilitando mudanças dos profissionais, usuários e familiares. As práticas escolhidas para operar o PTS devem manter o foco no usuário, que constrói a sua subjetividade especificamente em um cenário social, histórico e cultural.

Por fim, os trabalhadores foram questionados acerca da organização da agenda dos CAPS e do significado da agenda para os profissionais. A organização da agenda dos CAPS está pautada nas atividades que são realizadas nos serviços como marcação dos atendimentos médicos, agendamento de consultas, triagem, avaliação multiprofissional, entrega de medicamentos, demanda espontânea e práticas nos grupos terapêuticos.

As respostas a essa pergunta foram limitadas e pouco explicativas, expressando poucas informações sobre a forma como se organiza o processo de trabalho. Seriam necessárias outras formas de abordagem como a entrevista ou grupos focais para conhecer melhor sobre este aspecto.

Considerações Finais

Os resultados deste estudo demonstraram que os trabalhadores dos CAPS do município de Feira de Santana compreendem o sentido e o conceito de acolhimento de acordo com a PNH, e a importância das práticas de acolhimento no processo de cuidado aos usuários. Entretanto, a lógica manicomial ainda se faz presente nesses serviços substitutivos de Saúde Mental.

Os trabalhadores demonstraram entender o significado de acolhimento. Para eles é parte das diretrizes e princípios da PNH, ou seja, o acolhimento consiste na escuta qualificada, triagem, oficinas terapêuticas, agendamento de consultas, construção de PTS, uso de psicotrópicos e encaminhamentos. No que se refere à continuidade do cuidado, os trabalhadores utilizam essas ferramentas

para promover o acolhimento aos usuários. Os trabalhadores enfatizaram a importância do uso de psicotrópicos como estratégia de acolhimento, no entanto, consideram que o modelo biomédico centraliza o cuidado em Saúde Mental, limitando a atuação dos outros profissionais que não são médicos.

Além do mais, as condições de trabalho a que esses profissionais estão submetidos não são favoráveis para o bom acolhimento. Eles alegam sobrecarga de trabalho e dificuldades em lidar com usuários em situação de crise porque o número de profissionais nos substitutivos é insuficiente. Ademais, pontuaram o despreparo dos profissionais durante o cuidado aos usuários, a falta de recursos materiais para oficinas terapêuticas e a ausência da família na construção e participação no processo de cuidado.

Diante desses aspectos, é importante pensar que algumas dificuldades para realização do acolhimento estão na ordem da gestão, demonstrando a necessidade de avaliar e reformular a organização do trabalho nos substitutivos. Assim, é importante pensar que além de adotar práticas abrangentes de acolhimento e cuidado, é indispensável discutir a reprodução das terapêuticas manicomiais nos CAPS.

Os trabalhadores conhecem os princípios da Reforma Psiquiátrica, entendem a importância do movimento da Luta Antimanicomial, sabem o que preconizam as principais políticas de Saúde Mental, mas, ainda assim, a lógica manicomial persiste nesses espaços. Isso revela que somente a desmanicomialização das práticas não é o suficiente, sendo essencial é a desmanicomialização das mentes dos trabalhadores do campo da Saúde Mental.

Como principal limitação desta pesquisa, ressaltamos a impossibilidade de realizar entrevistas com os profissionais de saúde devido à pandemia de COVID-19, assim como o fato de que menos de um terço dos profissionais dos CAPS participaram da pesquisa.

Referências

ALMEIDA, J. M. C. de. Política de saúde mental no Brasil: o que está em jogo nas mudanças em curso. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 35, n. 11, p. 1-6, 2019. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/0102-311x00129519>. Acesso em: 11 nov. 2020.

BALLARIN, M. L. G. S. et al. Percepção de profissionais de um CAPS sobre as práticas de acolhimento no serviço. **O Mundo da Saúde**, São Paulo, v. 35, n. 2, p. 162-168, 2011. Disponível em: <https://revistamundodasaude.emnuvens.com.br/mundodasaude/article/view/560>. Acesso em: 29 dez. 2021.

BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. Lisboa: Edições 70, 2011.

BESTETTI, M. L. T. Ambiência: espaço físico e comportamento. **Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 3, jul. 2014. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1809-9823.2014.13083>. Acesso em: 30 jan. 2023.

BRASIL. **Acolhimento nas práticas de produção de saúde**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2010.

BRASIL. **Saúde Mental** – Cadernos de Atenção Básica. Brasília: Ministério da Saúde, 2013.

BRASIL. **Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização**. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2010.

CAÇAPAVA, J. R. **O acolhimento e a produção do cuidado em saúde mental na atenção básica**: uma cartografia do trabalho em equipe. 2008. 165 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2008.

CARVALHO, M. de F. A. A. *et al.* Acolhimento e cuidado à pessoa em uso problemático de drogas. **Revista Enfermagem Uerj**, Rio de Janeiro, v. 27, p. 1-7, out. 2019. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.12957/reuerj.2019.42493>. Acesso em: 10 nov. 2020.

CLEMENTINO, F. S. de. et al. Percepção dos usuários acerca do atendimento no Centro de Atenção Psicossocial III. **Revista de Enfermagem da UFSM**, Santa Maria, RS, v. 7, n. 3, p. 464-476, 2017. Disponível em: <https://periodicos.ufsm.br/reufsm/article/view/25942>. Acesso em: 29 dez. 2021.

CONNELL, R. W; MESSERSCHMIDT, J. W. Masculinidade hegemônica: repensando o conceito. **Revista Estudos Feministas**, Florianópolis, v. 21, n. 10, p. 241–282, 2013. Acesso em: 21 abr. 2022. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0104-026X2013000100014>. Acesso em: 6 fev.2023.

COSTA-JÚNIOR, F. M. da; COUTO, M. T; MAIA, A. C. B. Gênero e cuidados em saúde: Concepções de profissionais que atuam no contexto ambulatorial e hospitalar. **Sexualidad, Salud y Sociedad**, Rio de Janeiro, n. 23, p. 97–117, 2016. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1984-6487.sess.2016.23.04.a>. Acesso em: 30 jan. 2023.

DIMENSTEIN, M. *et al.* A saúde mental e atenção psicossocial: regionalização e gestão do cuidado integral no sus. **Salud & Sociedad**, Santiago, v. 9, n. 1, p. 70-85, 3 maio 2018. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.22199/s07187475.2018.0001.00004>. Acesso em: 21 abr. 2022.

FURTADO, R. P. *et al.* Desinstitucionalizar o cuidado e institucionalizar parcerias: desafios dos profissionais de Educação Física dos CAPS de Goiânia em intervenções no território. **Saúde e Sociedade**, São Paulo, v. 26, n. 1, p. 183-195, 2017. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0104-12902017169101>. Acesso em: 21 jan. 2023.

GIORDANI, J. M. A. do. *et al.* Acolhimento na atenção primária à saúde: revisão sistemática e metassíntese. **Revista de APS**, Juiz de Fora, v. 23, n. 1, 2021. Disponível em: <https://doi.org/10.34019/1809-8363.2020.v23.16690>. Acesso em: 22 mar. 2023.

LAMAS, M. Gênero: os conflitos e desafios do novo paradigma. In: PORTUGAL, A. M; TORRES, C. **El siglo de las mujeres**. Santiago: ISTS, 2000. p. 12-25.

LOPES, A. S. *et al.* O acolhimento na Atenção Básica em saúde: relações de reciprocidade entre trabalhadores e usuários. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 39, n. 104, p. 114-123, 2015. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0103-110420151040563>. Acesso em: 21 abr. 2022.

MÂNGIA, E.F. Formação e educação permanente para produzir boas práticas em saúde mental. **Revista de Terapia Ocupacional da Universidade de São Paulo**, São Paulo, v. 20, n. 2, p. i-ii, 2009. Disponível em: <https://doi.org/10.11606/issn.2238-6149.v20i2pi-ii>. Acesso em: 21 abr. 2022.

MIELKE, F. B.; OLSCHOWSKY, A. Ações de saúde mental na estratégia saúde da família e as tecnologias em saúde. **Escola Anna Nery**, Rio de Janeiro, v. 15, n.4, 2011. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S1414-81452011000400015>. Acesso em 21 jan. 2023.

MONTEIRO, S; BRIGEIRO, M. Experiências de acesso de mulheres trans/travestis aos serviços de saúde: avanços, limites e tensões. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 4, n.35, e00111318, 2019. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0102-311X00111318>. Acesso em: 21 abr. 2022.

MOSCHETA, M. S; SOUZA, L. V; SANTOS, M. A. Health care provision in Brazil: a dialogue between health professionals and lesbian, gay, bisexual and transgender service users. **Journal Of Health Psychology**, v. 21, n. 3, p. 369-378, mar. 2016. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1177/1359105316628749>. Acessado 21 jan. 2023.

OLIVEIRA, G. N. O projeto terapêutico singular. In: CAMPOS, G. W. S. & GUERRERO, A. V. P. (Org.), **Manual de práticas de atenção básica: saúde ampliada e compartilhada**. São Paulo: Hucitec, 2013, p. 283-297.

ROCON, P. C. *et al.* Dificuldades vividas por pessoas trans no acesso ao Sistema Único de Saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 21, n.8, 2016, p. 2517–2526, 2016. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-81232015218.14362015>. Acesso em: 06 fev. 2023.

ROTOLI, A. *et al.* Mental health in Primary Care: challenges for the resoluteness of actions. **Escola Anna Nery Revista de Enfermagem**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 2, p. 1-9, 2019. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/2177-9465-EAN-2018-0303>. Acesso em: 29 dez. 2021.

PROFISSIONAL 02. Respostas ao questionário. In: SANABRIA, C.; SANTOS, V.L. **Práticas de acolhimento nos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) em Feira de Santana**. Feira de Santana: UEFS, 2022.

PROFISSIONAL 03. Respostas ao questionário. In: SANABRIA, C.; SANTOS, V.L. **Práticas de acolhimento nos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) em Feira de Santana**. Feira de Santana: UEFS, 2022.

PROFISSIONAL 04. Respostas ao questionário. In: SANABRIA, C.; SANTOS, V.L. **Práticas de acolhimento nos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) em Feira de Santana**. Feira de Santana: UEFS, 2022.

PROFISSIONAL 05. Respostas ao questionário. In: SANABRIA, C.; SANTOS, V.L. **Práticas de acolhimento nos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) em Feira de Santana**. Feira de Santana: UEFS, 2022.

PROFISSIONAL 06. Respostas ao questionário. In: SANABRIA, C.; SANTOS, V.L. **Práticas de acolhimento nos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) em Feira de Santana**. Feira de Santana: UEFS, 2022.

PROFISSIONAL 07. Respostas ao questionário. In: SANABRIA, C.; SANTOS, V.L. **Práticas de acolhimento nos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) em Feira de Santana**. Feira de Santana: UEFS, 2022.

PROFISSIONAL 10. Respostas ao questionário. In: SANABRIA, C.; SANTOS, V.L. **Práticas de acolhimento nos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) em Feira de Santana**. Feira de Santana: UEFS, 2022.

PROFISSIONAL 13. Respostas ao questionário. In: SANABRIA, C.; SANTOS, V.L. **Práticas de acolhimento nos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) em Feira de Santana**. Feira de Santana: UEFS, 2022.

PROFISSIONAL 14. Respostas ao questionário. In: SANABRIA, C.; SANTOS, V.L. **Práticas de acolhimento nos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) em Feira de Santana**. Feira de Santana: UEFS, 2022.

PROFISSIONAL 15. Respostas ao questionário. In: SANABRIA, C.; SANTOS, V.L. **Práticas de acolhimento nos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) em Feira de Santana**. Feira de Santana: UEFS, 2022.

PROFISSIONAL 16. Respostas ao questionário. In: SANABRIA, C.; SANTOS, V.L. **Práticas de acolhimento nos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) em Feira de Santana**. Feira de Santana: UEFS, 2022.

PROFISSIONAL 17. Respostas ao questionário. In: SANABRIA, C.; SANTOS, V.L. **Práticas de acolhimento nos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) em Feira de Santana**. Feira de Santana: UEFS, 2022.

PROFISSIONAL 20. Respostas ao questionário. In: SANABRIA, C.; SANTOS, V.L. **Práticas de acolhimento nos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) em Feira de Santana**. Feira de Santana: UEFS, 2022.

PROFISSIONAL 21. Respostas ao questionário. In: SANABRIA, C.; SANTOS, V.L. **Práticas de acolhimento nos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) em Feira de Santana**. Feira de Santana: UEFS, 2022.

PROFISSIONAL 23. Respostas ao questionário. In: SANABRIA, C.; SANTOS, V.L. **Práticas de acolhimento nos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) em Feira de Santana**. Feira de Santana: UEFS, 2022.

PROFISSIONAL 26. Respostas ao questionário. In: SANABRIA, C.; SANTOS, V.L. **Práticas de acolhimento nos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) em Feira de Santana**. Feira de Santana: UEFS, 2022.

PROFISSIONAL 27. Respostas ao questionário. In: SANABRIA, C.; SANTOS, V.L. **Práticas de acolhimento nos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) em Feira de Santana**. Feira de Santana: UEFS, 2022.

SANTOS, A. R. dos *et al.* Implicações bioéticas no atendimento de saúde ao público LGBTT. **Revista Bioética**, Brasília, v. 23, n.2, p. 400–408, 2015. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1983-80422015232078>. Acesso em: 17 fev 2023.

SANTOS, Y. L. Q; NAVARRO, V. L; ELIAS, M. A. A precarização do trabalho e a saúde dos profissionais de um Centro de Atenção Psicossocial. **Cadernos de Psicologia Social do Trabalho**, São Paulo, v. 26, p. e-190114, 2023. Disponível em: <https://www.revistas.usp.br/cpst/article/view/190114>. Acesso em: 16 jan. 2024.

SCHMIDT, M. B.; FIGUEIREDO, A. C. Acesso, acolhimento e acompanhamento: três desafios para o cotidiano da clínica em saúde mental. **Revista Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental**, São Paulo, v. 12, n. 1, p. 130-140, mar. 2009. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S1415-47142009000100009>. Acesso em: 29 dez. 2021.

SCOTT, J. Gênero: uma categoria útil de análise histórica. **Educação & Realidade**, Porto Alegre, v. 20, n. 2, 2017. Disponível em: <https://seer.ufrgs.br/index.php/educacaoerealidade/article/view/71721>. Acesso em: 6 fev. 2023.

SFAIR KINKER, S. F. Um olhar crítico sobre os projetos terapêuticos singulares/A critical view on singular therapeutic projects. **Cadernos Brasileiros de Terapia Ocupacional**, São Carlos, v. 24, n. 2, p. 413–420, 2016. Disponível em: <https://www.cadernosdeterapiaocupacional.ufscar.br/index.php/cadernos/article/view/1202>. Acesso em: 31 jan. 2023.

SOUSA, P. J de; FERREIRA, L. O. C; SA, J. B de. Estudo descritivo da homofobia e vulnerabilidade ao HIV/Aids das travestis da Região Metropolitana do Recife, Brasil. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 18, n. 8, p. 2239-2251, ago. 2013. Disponível em: http://old.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232013000800008&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 06 fev. 2023.

TAGLIAMENTO, G; PAIVA, V. Trans-Specific Health Care: challenges in the context of new policies for transgender people. **Journal Of Homosexuality**, v. 63, n. 11, 2016. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1080/00918369.2016.1223359>. Acesso em: 11 fev. 2023.

CAPÍTULO 8

DA DESASSISTÊNCIA À ATENÇÃO PSICOSSOCIAL: O CAPSI ENQUANTO DISPOSITIVO REVOLUCIONÁRIO NO CUIDADO EM SAÚDE MENTAL INFANTOJUVENIL

Ana Clara Oliveira da Cunha Soares

Doi: 10.48209/978-65-5417-249-9

Resumo: Este artigo é um recorte do Trabalho de Conclusão de Curso (TCC) apresentado no curso de Bacharelado de Psicologia na Universidade Federal Fluminense em 2022. O trabalho visa fazer uma retomada histórica das políticas públicas destinadas ao público infantojuvenil – ou a ausência delas –, e relacioná-las com os modos de cuidados disponíveis atualmente na rede pública para o cuidado da saúde mental de crianças e adolescentes. Dando destaque aos Centros de Atenção Psicossocial Infantojuvenil enquanto dispositivos que revolucionaram o cuidado com essa parcela da população por apresentarem a proposta de uma atenção universal, integral e igualitária, serão abordados os desafios, tanto estruturais quanto clínicos, encontrados nestes dispositivos. O objetivo deste trabalho é demarcar a importância da garantia de direitos a partir de políticas públicas para as crianças e adolescentes, trazendo o CAPSi como dispositivo principal de análise. Entretanto, ainda há muitos furos no campo da saúde mental infantojuvenil, sendo necessário um olhar crítico para as motivações e as consequências da falta de investimento no cuidado neste campo.

Palavras-Chave: saúde mental; CAPSi; infantojuvenil; políticas públicas.

Introdução

As políticas públicas brasileiras de saúde mental levaram muito tempo até serem consolidadas, foram doze anos de luta até a aprovação da Lei Paulo Delgado (Lei nº 10.216/2001). Dessa forma, falar sobre cuidado em Saúde Mental no formato constituído atualmente, a partir da Reforma Psiquiátrica e em uma Rede de Atenção Psicossocial com dispositivos substitutivos, é falar sobre algo muito recente e em constante construção. Entretanto, há uma dificuldade ainda maior quando se trata das políticas voltadas ao cuidado da saúde mental da população infantojuvenil, já que estas demoraram ainda mais tempo para ser consolidadas.

As políticas criadas para as crianças e adolescentes no Brasil possuem um histórico pautado no modelo assistencial e de institucionalização dessa parcela da população (Macedo; Fontenele; Dimenstein, 2018). É necessário retomar o histórico de criação das políticas públicas destinadas às crianças e aos adolescentes para entender em que momento a pauta da saúde mental infantojuvenil foi incluída nos debates e nas ações de saúde mental no Brasil.

Foi apenas com a aprovação do Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA), em 1990, que crianças e adolescentes foram reconhecidos enquanto sujeitos de direitos (Brasil, 1990a), sendo, dessa forma, um marco muito recente. Com o ECA, foi necessário que o Estado criasse políticas que contemplassem a nova posição que as crianças e adolescentes ocupavam perante a lei e que assegurassem seus direitos (Macedo; Fontenele; Dimenstein, 2018).

Até o final do século XX, o Brasil tinha um cenário de desassistência às crianças e aos adolescentes que precisavam de cuidados em saúde mental. As primeiras políticas destinadas à atenção à saúde mental infantojuvenil surgem a partir de 2001, com a Lei Paulo Delgado (Lei nº 10.216/2001). Em 2002, com a Portaria GM/MS nº 336/2002, foi pensado em um dispositivo especializado em Saúde Mental Infantojuvenil, o Centro de Atenção Psicossocial Infantojuvenil

(CAPSi). Os CAPS inicialmente não compreendiam todos os segmentos da população em sofrimento psíquico, deixando as crianças e os adolescentes “[...] às margens das políticas públicas de saúde” (Leitão et al., 2020, p. 1).

Antes da Portaria GM/MS nº 336/2002 promover a criação dos CAPSi, crianças, adolescentes e adultos eram cuidados nos mesmos ambientes, nos mesmos dispositivos e com as mesmas ferramentas de trabalho. É importante ressaltar que os CAPSi foram instituídos apenas quinze anos após a abertura do primeiro CAPS no Brasil, o qual foi inaugurado na cidade de São Paulo em 1987. Isso demonstra a dimensão do atraso no oferecimento de um cuidado especializado para a população infantojuvenil em comparação à população adulta.

O interesse pelo tema surgiu a partir da experiência do estágio curricular no curso de graduação em Psicologia em um CAPSi, a partir de dúvidas, questionamentos e desafios que surgiram nesse período. Foi necessário fazer uma retomada histórica, realizada através de revisão bibliográfica, da visão da infância e adolescência no Brasil e do histórico de assistência e políticas desenvolvidas para esta população — ou a ausência delas —, e relacioná-la com as formas de atuação do psicólogo no campo da infância em um dispositivo de média a alta complexidade do SUS.

Para mostrar como a pauta da saúde mental infantojuvenil foi incluída nas agendas de políticas públicas de Saúde Mental brasileira, foi feita uma pequena revisitação das práticas de Saúde Mental operadas no Brasil, que partiram da tradição manicomial e do modelo asilar até a insurgência da Luta Antimanicomial e a Reforma Psiquiátrica, que resultaram na criação da Rede de Atenção Psicossocial que existe hoje.

É importante para o trabalho, também, demarcar os desafios e as dificuldades do trabalho em um CAPSi, tanto estruturais quanto clínicos, recolhidos a partir do estudo dos materiais compilados nas referências bibliográficas e da experiência do estágio nesse dispositivo.

Ainda existem muitos gargalos no que se diz respeito à assistência à saúde mental dessa população, visto que sempre foi deixado para que a educação e assistência social dessem conta das questões referentes à infância e adolescência, tendo destaque as instituições de natureza privada e filantrópica (Macedo; Fontenele; Dimenstein, 2018). Esse atraso no cuidado integral à infância e adolescência deixa consequências que são colhidas até o presente momento, incluindo furos nos serviços destinados ao cuidado da saúde mental da população infantojuvenil. Segundo Cirino (2004, *apud* Leitão et al., 2020, p. 2), pode-se afirmar que há uma “dívida histórica do movimento da Reforma Psiquiátrica no que tange ao público infantojuvenil”.

Sobre os possíveis motivos da inclusão tardia das crianças e dos adolescentes nas políticas e discussões de Saúde Mental no Brasil, Couto et al. (2008, *apud* Leitão et al., 2020, p. 2) destacam:

[...] quatro fatores que contribuíram para a inclusão tardia do público infantojuvenil na agenda das políticas de saúde mental do Brasil. São eles: (1) a complexidade da avaliação diagnóstica que se relaciona a esse campo; (2) carência de estudos que considerem a especificidade de fatores regionais/culturais na proteção ou risco à saúde mental de crianças e adolescentes; (3) ausência de evidências consistentes sobre a eficácia de tratamentos voltados para esse público; e (4) a dificuldade de articulação efetiva entre os membros da rede que compõe direta e indiretamente a assistência (setores da saúde, setor educacional, assistencial e jurídico, por exemplo).

O objetivo deste trabalho é demarcar a importância da garantia de direitos a partir de políticas públicas para as crianças e adolescentes, trazendo o CAPSi como dispositivo principal de análise. Mesmo com os furos nas práticas e nas políticas, o CAPSi se constitui como um dispositivo revolucionário por trazer, finalmente, os princípios do SUS para o cuidado e atenção à saúde mental da população infantojuvenil, como a universalidade de acesso ao serviço, a integralidade e igualdade de assistência, a preservação da autonomia, participação da comunidade, entre outros.

Percurso Histórico dos Direitos das Crianças e dos Adolescentes e da Saúde Mental Infantojuvenil no Brasil: da Filantropia à Proteção Integral

Até o início do século XX não existiam políticas públicas no Brasil que dispusessem sobre os direitos das crianças e dos adolescentes, isto porque eles sequer eram entendidos enquanto sujeitos, mas enquanto objeto de posse dos pais. É apenas na primeira metade do século XX que o Estado começa a se debruçar sobre essa parcela da população, tornando-a objeto de sua tutela.

Entretanto, é a parcela pobre e vulnerável das crianças e dos adolescentes que vai despertar a preocupação do Estado, — preocupação esta essencialmente política. Isto se constituía como uma via de mão dupla: proteger as crianças e os adolescentes marginalizados era, ao mesmo tempo, proteger a sociedade (Rizzini, 2006). Os “menores” se configuraram enquanto um problema social, sendo necessário observá-los de perto, institucionalizá-los para protegê-los do caminho dos vícios e delinquência e, conseqüentemente, proteger a sociedade do perigo que essa classe representava. Percebe-se, daí, o viés higienista que era pregado por trás de uma suposta preocupação com a proteção desses indivíduos.

Segundo Santos (2014), o termo “menor” tem suas primeiras menções no Código Criminal do Império. Essa expressão, cunhada inicialmente na área jurídica, passa a fazer parte do universo social no final do século XIX, para designar as crianças pobres e acabou servindo para a criação da categoria de crianças suspeitas, desviantes, potencialmente perigosas, numa perspectiva que associava o perigo com a pobreza (Santos, 2014).

Entendia-se necessária a articulação entre a Justiça e a Assistência para dar conta da questão dos menores no Brasil. Somente a Justiça, com seu caráter estritamente punitivista, não dava conta, assim como não bastava só a filantropia, já que ela sozinha não conseguiria resolver os problemas relacionados ao

aumento da periculosidade da população pobre a qual assistia. Os representantes da Justiça-Assistência passam, então, a defender a criação de um sistema de proteção aos menores (Rizzini, 2008). Essa aliança passa a ter seus efeitos nas duas primeiras décadas do século XX, quando se iniciam as ações tutelares do Estado, dando origem a “[...] uma instância regulatória da infância — o Juízo de Menores e por uma legislação especial — o Código de Menores (ambos na década de 1920)” (Rizzini, 2008, p. 125).

De acordo com Rizzini (2008, p. 125):

Veremos que Justiça e Assistência buscam na aliança a autossustentação pela complementação de suas ações. Ambas se inserem na lógica do modelo filantrópico, que visava o saneamento moral da sociedade a incidir sobre o pobre. Tornam-se politicamente viáveis ao servir a função regulatória de enquadrar os indivíduos, desde a infância, à disciplina e ao trabalho.

Com o Decreto nº 17.943-A, em 12 de outubro de 1927 (Brasil, 1927), é consolidado o Código de Menores, conhecido também como Código Mello Mattos, que deixava evidente a qual população ele servia. Apenas “[...] ‘os menores em situação irregular’ seriam alvo do Poder Tutelar do Estado — o que, na prática, elegia os menores abandonados, delinquentes, pervertidos ou em perigo de o ser, ou seja, os mais pobres” (Santos, 2014, p. 54). Esse código, além de oferecer uma precária e discriminatória assistência às crianças e aos adolescentes, — denominados como “vagabundos”, “vadios”, “mendigos”, entre outros —, visava, também, regulamentar a situação do trabalho infantil no país, como consta no Capítulo IX “Do Trabalho dos Menores” do Decreto nº 17.943-A/1927.

As primeiras referências às práticas psicológicas no Brasil datam da época da promulgação do Código Mello Mattos, em 1927, informando sobre o “[...] destino que deveria ser dado à infância desadaptada e às crianças difíceis” (Santos, 2014, p. 55). Esse discurso fez com que as práticas psicológicas, a utilização de instrumentos de avaliação e diagnóstico psicológicos fossem in-

corporadas nas instituições encarregadas de corrigir os menores, mesmo que a Psicologia só viesse a ser reconhecida legalmente como profissão no Brasil em 1962 (Santos, 2014). A Psicologia serviu, então, como “[...] instrumento de adaptação e controle da menoridade [...]”, elegendo a categoria dos menores “[...] como um dos primeiros objetos de estudo que se conhece na história da psicologia brasileira” (Coimbra, 2002, *apud* Santos, 2014, p. 55), ditando quem era normal e quem era desviante.

As leis de proteção à infância criadas nas primeiras décadas do século XX no Brasil tinham como objetivo “prevenir a desordem”, oferecendo suporte em casos que as famílias não conseguissem conter os filhos “insubordinados”, tendo a possibilidade de entregá-los ao Estado para que ficassem sob sua tutela (Rizzini, 2008). Um dos objetivos da internação era corrigir os indivíduos e transformá-los em futuros trabalhadores, tirando-os do passado de vadiagem e delinquência. O que se apresentava de fundo, porém, era uma ótima oportunidade para o Estado se utilizar da mão-de-obra barata que as crianças e os adolescentes representavam.

Era feita uma divisão entre as crianças, que deveriam ser mantidas sob os cuidados familiares e possuíam o direito à cidadania, e os menores, que estavam sob a tutela do Estado, em constante vigilância, e seriam objeto das leis, dos programas assistenciais, das medidas filantrópicas e educativas, que se mostravam repressivas (Rizzini, 2008). Nesse sentido, a missão de proteger as crianças ia perdendo o cunho filantrópico, de viés religioso e caritativo, para adquirir um sentido judicializado, de um Estado laico que deveria preservar a criança do mal, já que na criança estaria o futuro da nação, e defender a sociedade da criança perigosa, que perturbava a paz social e trazia a criminalidade às ruas (Rizzini, 2008). Esta mudança da assistência pela Igreja para a intervenção pelo Poder Público se deu porque foi observado que os mecanismos de controle social usados anteriormente não estavam funcionando.

O Código Mello Mattos foi bastante criticado e se seguiu uma crise tanto pelas críticas “[...] aos parâmetros de exclusão e repressão que imperavam nas políticas para a infância quanto na necessidade de desonerar um sistema que havia se agigantado” (Santos, 2014, p. 56). Em 1979, foi criado o segundo Código de Menores a partir da Lei nº 6.697/1979, que visava responder às críticas ao modelo repressivo que estavam em vigor (Santos, 2014), mas que não apresentou uma mudança no aspecto repressivo.

As críticas a este último Código estavam presentes desde a sua promulgação, e, no processo de redemocratização do Brasil, fez-se necessário pensar em novas práticas que contemplassem as exigências dos movimentos sociais, que eram favoráveis à publicação de um novo texto para a infância e a juventude (Santos, 2014). Com isso, surge o Fórum dos Direitos da Criança e do Adolescente (Fórum DCA) (Brasil, 2004), que pedia a Reforma Constitucional.

A partir da promulgação da Constituição Federal de 1988 e da luta dos movimentos sociais da época a partir do Fórum DCA, foi superada a concepção de crianças e adolescentes como “menores” para dar lugar à inaugural visão deles como sujeitos de direitos que devem ser protegidos. Em 13 de Julho de 1990 entrou em vigor o Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA), a partir da Lei nº 8.069/1990, que se contrapôs aos códigos anteriores. A partir dele, foi consolidada a existência da primeira política pública que dispõe sobre a proteção integral à criança e ao adolescente. O ECA, ao contrário das legislações passadas que serviam apenas a uma parcela da população, não abre espaço para discriminações, demarcando que os direitos propostos pela lei deverão ser garantidos independente de situação familiar, idade, raça, cor ou etnia, religião, deficiência, entre outros fatores (Brasil, 1990a).

Esse Estatuto não só revolucionou a maneira como as crianças e adolescentes eram entendidos na sociedade, mas também operou uma mudança nos cuidados no atendimento à população infantojuvenil. Entretanto, assegurar que

os direitos das crianças e dos adolescentes sejam garantidos vai muito além da criação de legislações. Segundo Santos (2014, p. 61):

A distância entre as assertivas legais e as práticas em curso é preenchida pelos diversos atores segundo as formas como a sociedade consegue assimilar as propostas de mudança. Essa assimilação, por sua vez, é atravessada pelo impacto da mídia, que frequentemente conclama à punição, à prisão ou à internação dos jovens infratores, em particular se são pobres, fomentando a cultura do medo e a projeção paranoica dos temores sobre os destituídos.

É necessário que as políticas estejam em funcionamento e sejam fiscalizadas, que sejam revisadas quando necessário e que sejam feitas ações para que esses direitos se materializem (Lima; Poli; José, 2017), inclusive no que se diz respeito ao campo da Saúde Mental Infantojuvenil.

Inclusão das Crianças e dos Adolescentes nas Políticas de Saúde Mental

São escassas as menções à atenção à saúde mental infantojuvenil na época do Brasil Colônia, tendo seus primeiros registros em 1841 com a criação do primeiro hospital psiquiátrico brasileiro, o Hospício de Pedro II, na Praia Vermelha no Rio de Janeiro. A partir disso, surgiram as primeiras teses em psicologia e em psiquiatria no Brasil (Ribeiro, 2006).

É a partir de 1920 que começa a expansão de instituições psiquiátricas no Brasil nos principais centros urbanos, são essas instituições que vão se propor a regulação dos espaços sociais (Schechtman, 2005). Fora dos limites geográficos dos asilos, dos hospícios, as instituições psiquiátricas vão “construindo um saber psiquiátrico preventivo ao qual se vincula o surgimento da psiquiatria infantil” (Schechtman, 2005, p. 26).

Nos anos 20, foi criada a Liga da Higiene Mental no Brasil, que demonstrou preocupação com o desenvolvimento mental da população brasileira, especialmente com a infância (Taño; Matsukura, 2015). A partir disso:

[...] são desenvolvidas por estas ações de assistência, frequentemente de caráter repressivo, em que as instituições psiquiátricas de internação respondiam pelo papel de reguladoras do espaço social, dando possibilidades para o efetivo estabelecimento da disciplina psiquiátrica infantil, que, entre seus atributos, ocupava-se também de projetos de prevenção de patologias (Taño; Matsukura, 2015, p. 440).

Era necessário moldar “o futuro da nação” para que fossem higienizados, o mais saudável possível. A psiquiatria infantil no Brasil vinha com a proposta de “sanar as problemáticas que caracterizavam o país enquanto nação atrasada como a delinquência e a mortalidade infantil, a partir da moralização da sociedade e do controle de suas condutas” (Taño; Matsukura, 2015, p. 441). Para isso, era necessário um olhar mais atento à criança para justificar e sancionar “a intervenção e o controle sobre os pais, cabendo à higiene mental o papel de orientação científica das famílias” (Schechtman, 2005, p. 26). Surgem, a partir disso, as primeiras clínicas infantis no Brasil, nos principais pólos urbanos do país, contando com médicos psiquiatras e pediatras, psicólogos e psicanalistas, que também se encarregaram de problemáticas referentes aos processos de aprendizagem (Taño; Matsukura, 2015).

As intervenções da Liga de Higiene Mental, segundo Schechtman (2005, p. 26), perpassaram entre “medidas de intervenção de cunho educativo e medidas de matiz mais radical referidas à chamada ciência eugênica”, uma educação normalizadora era entendida como fundamental para que a criança pudesse evoluir mentalmente.

As crianças e os adolescentes com maior comprometimento psíquico eram institucionalizados em alas conjuntas com os adultos nos hospitais psiquiátricos do país (Taño; Matsukura, 2015). Não havia estudos à época sobre psicopatologias infantojuvenis e nada que comprovasse a diferença das “formas e manifestações da morbidade no adulto e na criança” (Ribeiro, 2006, p. 33). Poucos são os registros de alas específicas para a população infantojuvenil, sendo uma no Rio de Janeiro em 1902, o Pavilhão Infantil anexo ao Hospital

da Praia Vermelha, e uma em São Paulo em 1921, a Ala Infantil no Hospital Juqueri (Ribeiro, 2006 *apud* Taño; Matsukura, 2015).

Segundo Taño e Matsukura (2015), pelas ações destinadas à população infantojuvenil serem de cunho preventivo, os esforços dedicados a essa população que apresentava grave sofrimento psíquico eram mínimos, visto que a prevenção era ineficaz nesses casos porque eles já apresentavam problemas de saúde. Segundo Schechtman (2005, p. 28), a “clínica não se destinava a tratar dos grandes quadros, mas a rastrear anomalias incipientes, a prevenir alterações futuras, a aperfeiçoar os mecanismos psíquicos”.

Além das instituições psiquiátricas, as crianças e os adolescentes também eram mantidos em instituições assistenciais, apoiadas por entidades filantrópicas que se utilizavam dos mesmos princípios de exclusão e violência dos hospitais psiquiátricos (Taño; Matsukura, 2015). Entretanto, são poucos os registros dessa época.

O que fica evidente, revisitando esse histórico, é que, segundo Ribeiro (2006, p. 36), durante o período denominado República Velha, de 1889 até 1930, os cuidados com as crianças partiam, principalmente, de “iniciativas particulares, com características filantrópicas e assistencialistas, sem intervenção ou iniciativa de peso por parte do governo e do poder público, que aplaudia a atuação dos médicos, mas não intervinha de forma sistemática”. Isso se estende à preocupação com a saúde mental infantojuvenil, onde se pode verificar “várias iniciativas ‘privadas’, nos mesmos moldes das relacionadas com a pediatria, a higiene e o direito” (Ribeiro, 2006, p. 36).

Pode-se afirmar que não existiam políticas públicas que assegurassem um cuidado em saúde mental infantojuvenil até o final do século XX. Com o advento do ECA e dos avanços nas políticas de saúde mental da população adulta, começam os debates sobre a construção de uma política de atenção à saúde mental infantojuvenil no Brasil. Com a Portaria GM/MS nº 336/2002 fica

instituído o primeiro serviço especializado em saúde mental infantojuvenil, o Centro de Atenção Psicossocial Infantojuvenil (CAPSi), que funciona como um serviço de atenção diária destinado ao atendimento de crianças e adolescentes com transtornos mentais graves e persistentes ou que fazem uso prejudicial de crack, álcool e outras drogas (Brasil, 2011).

A partir do início do século XXI, começa-se a pensar na construção de um cuidado à saúde mental infantojuvenil em redes ampliadas e intersetoriais, enfatizando a articulação entre serviços com diferentes graus de complexidade. O objetivo era de superar o modelo anterior pautado na assistência social e na educação — que mais visava corrigir do que cuidar —, submetendo as crianças e adolescentes a longos processos de internação tanto em hospitais psiquiátricos quanto em instituições de segurança, ou até mesmo à completa desassistência (Couto; Delgado, 2015).

Atualmente, as estratégias de saúde mental infantojuvenil têm como oferta os Centros de Atenção Psicossocial Infantojuvenis (CAPSi), que se ocupam das crianças e adolescentes com maior gravidade de comprometimento psíquico, e também a articulação intersetorial através das Unidades Básicas de Saúde (UBS) e Estratégia Saúde da Família (ESF), dos ambulatórios e dos hospitais gerais.

Essa mudança de panorama acerca da saúde mental das crianças e adolescentes se deu no contexto de redemocratização do Brasil, junto da Constituição de 1988, que abriu espaço para que novos direitos pudessem se concretizar, como por exemplo a criação de um Sistema Único de Saúde (SUS) que pudesse assegurar universalidade de acesso aos serviços de saúde e a integralidade e igualdade de assistência (Brasil, 1990b).

Segundo Couto e Delgado (2015, p. 22), a nova visão das crianças e adolescentes enquanto sujeitos de direitos permite que eles sejam vistos, também, enquanto:

[...] seres passíveis de sofrimento e adoecimento mental, com direito de serem cuidados quando o sofrimento se fizer insuportável ou quando impossibilitar a construção ou sustentação de laços sociais sem que esse cuidado se reduza à correção, normalização ou adaptação de comportamentos.

Assim, abre-se a possibilidade de se pensar em políticas que assegurem o cuidado em liberdade, em rede e no território com a população infantojuvenil, sem infringir seus direitos fundamentais. Isso surge através da III Conferência Nacional de Saúde Mental que indica que uma política de saúde mental infantojuvenil deve se orientar pelos princípios do ECA, da Lei Paulo Delgado (Lei nº 10.216/2001) e das propostas da Reforma Psiquiátrica. Além disso, a política de saúde mental infantojuvenil deveria passar a integrar a política geral de saúde mental, se atentando às suas particularidades (Brasil, 2002a).

Em 03 de agosto de 2004 é aprovada a Portaria nº 1608/2004, que constitui o Fórum Nacional sobre Saúde Mental de Crianças e Adolescentes. Esse fórum surge a partir das determinações da Lei Paulo Delgado (Lei nº 10.216/2001) e da III Conferência Nacional de Saúde Mental, mas também a partir da Portaria nº 1946/2003: que “cria o Grupo de Trabalho destinado a elaborar proposta de constituição do Fórum Nacional de Saúde Mental de Crianças e Adolescentes” (Brasil, 2003).

Compreendia-se a necessidade da constituição de um Fórum que pudessem funcionar como espaço de articulação intersetorial, dada a importância da discussão permanente sobre as políticas da área da saúde mental das crianças e dos adolescentes, além de estabelecer diretrizes para políticas nacionais que façam o ordenamento das práticas de atenção à saúde mental infantojuvenil, que promova integração, articulação e interlocução entre as instituições que atuam nesse campo e que produza informações e conhecimento para fomentar as instituições responsáveis por essas políticas (Brasil, 2004).

Segundo o documento “Caminhos Para uma Política de Saúde Mental Infanto-Juvenil” do Ministério da Saúde, os serviços de saúde mental infanto-

juvenil devem elaborar suas ações para além dos fazeres técnicos — indo além da noção de “tratar” —, assumindo uma função social que visa “acolher, escutar, cuidar, possibilitar ações emancipatórias, melhorar a qualidade de vida” dos sujeitos (Brasil, 2005, p. 14).

A criação dos CAPSi foi o primeiro passo para a consolidação de políticas públicas no campo da saúde mental infantojuvenil, o que, novamente, justifica esse dispositivo ser chamado de revolucionário. Porém, muitos obstáculos ainda se apresentam.

Desafios do CAPSi

A implementação dos CAPSi é, inegavelmente, um marco histórico importantíssimo no que se diz respeito às políticas públicas de atenção à saúde mental infantojuvenil. Entretanto, para além do que é previsto teoricamente, é importante pensar em como esse trabalho vem se dando desde a implementação do CAPSi em 2002.

Como a implementação de uma política pública de atenção à saúde mental das crianças e dos adolescentes ocorreu de forma tardia, é importante olhar os efeitos da desassistência a essa população, do histórico de tutela e institucionalização (Macedo; Fontenele; Dimenstein, 2018) e pensar em ações para minimizá-los e poder oferecer um cuidado de qualidade a esse público.

Muitos desafios se apresentam a esse serviço, indo desde a falta de investimento, às baixas quantidades de CAPS para o público infantojuvenil comparado aos outros serviços de adultos, à falta de qualificação dos profissionais, à falta de conhecimento do serviço pela população, mostrando que é necessário operar um trabalho extramuros, até os desafios enfrentados na clínica do cuidado e atenção à saúde mental infantojuvenil.

Com a Portaria nº 3.088 de 23 de dezembro de 2011, ficou definido que os CAPSi podem ser implementados em municípios com população acima de

setenta mil habitantes, entretanto, nem sempre isso é cumprido. Um grande desafio estrutural é pensar nos municípios que não contam com esse serviço por conta do não atendimento dos critérios populacionais. Entretanto, essa problemática é ainda maior ao pensar nos municípios que atendem os critérios e poderiam ser contemplados com o serviço, mas não possuem um CAPSi.

Nos municípios que não possuem um CAPSi, como no Acre, Roraima e Tocantins (Piovezan, 2023), as crianças e adolescentes deverão ser atendidos pelas outras tipologias de CAPS (I, II, III e AD), além dos outros serviços da Atenção Primária, nos ambulatorios de saúde mental, entre outros (Couto; Duarte; Delgado, 2008). Apesar de não ficarem desassistidos nesses casos, isso vai contra a concepção de que é necessário pensar em um dispositivo destinado especificamente à saúde mental da população infantojuvenil, pois é necessário que eles tenham um cuidado em um espaço diferente dos destinados ao público adulto pelas especificidades que possuem e pela complexidade das suas necessidades.

Localiza-se uma ausência de investimento para ampliação do serviço, que possui números muito defasados se comparados aos números de CAPS para adultos. De 2.795 CAPS existentes no Brasil (Bandeira, 2023), apenas 292 são destinados ao cuidado infantojuvenil (Piovezan, 2023), o que representa pouco mais de 10% do número total de CAPS. Segundo Ribeiro (2010, *apud* Carvalho et al., 2014, p. 48):

A expansão do Capsi é um processo considerado insuficiente face à demanda de atenção existente (Nunes, 2008). A expansão desse serviço é um desafio que pode ser superado à medida que o atendimento em saúde mental infantojuvenil esteja na pauta de prioridades das políticas nacionais e ocorram atividades coletivas reflexivas sobre as práticas de cuidados atuais e impactos dos dispositivos ofertados no tratamento.

Além disso, pelos CAPS serem colocados enquanto ordenadores da Rede, são encaminhados muitos casos para o serviço que poderiam ser atendidos na Atenção Primária. Para além do trabalho que deve ser feito com os usuários do

CAPSi já definidos, chegam muitos encaminhamentos de crianças e adolescentes que não configuram um perfil para este serviço – já que O CAPSi atende apenas questões de média a alta complexidade –, gerando um acúmulo de demandas que acaba por lentificar o trabalho do serviço.

Esse grande volume de encaminhamentos se dá pela compreensão manicomial de que questões de saúde mental devem ser acolhidas e tratadas apenas em serviços específicos de Saúde Mental, ou pelo sentimento de incapacidade dos trabalhadores da Atenção Primária quanto às questões de saúde mental infantojuvenil (Leitão; Avellar, 2020). Esse problema pode ser resolvido caso um trabalho de Apoio Matricial seja consolidado, que é uma estratégia colaborativa entre Saúde Mental e Atenção Primária, ofertando uma retaguarda especializada da assistência, um suporte técnico-pedagógico para o desenvolvimento de questões de Saúde Mental na Atenção Primária “por meio da discussão, capacitação e intervenção em conjunto com os profissionais” (Leitão; Avellar, 2020, p. 175).

O matriciamento também ajuda na efetivação da intersetorialidade, fundamental para o trabalho em um CAPS. Lidar com crianças e adolescentes é lidar com uma enorme complexidade por eles estarem em outras redes, dentro de outras instituições, como as educacionais e, muitas vezes, também na justiça. É necessário que essa rede seja buscada, que haja diálogo entre os serviços e que a responsabilidade sob aquele sujeito seja compartilhada, para poder proporcionar um cuidado e atenção integral à criança ou ao adolescente. Isso, segundo Couto, Duarte e Delgado (2008, p. 392), ocorre pelo fato do cuidado com as crianças e adolescentes envolver “a atividade de vários setores autônomos em relação à saúde mental propriamente dita, como os setores da saúde geral/atenção básica, educação, assistência social, justiça e direitos”.

Não só o CAPSi é responsável por articular essas redes, como os outros setores também precisam estar mais próximos das políticas de saúde mental

infantojuvenil já que os transtornos mentais, o sofrimento, a vulnerabilidade, todos esses fatores sempre estarão presentes nos mais diversos serviços, não só em um serviço especializado de saúde mental. Articular redes e debates é essencial para que os discursos que permeiam as crianças e os adolescentes “[...] possam ser postos em debate, abrindo espaço para que as crianças não sejam o elo-problema como aquelas que não se encaixam, mas para que o sistema mesmo possa ser questionado em sua capacidade inclusiva” (Bulik, 2020, p. 212).

O CAPSi, para além das suas práticas clínicas e psicossociais intramuros, precisa atuar também no território, estando presente em ações que ajudem a desestigmatizar o público atendido pelo serviço na comunidade. Estar presente em eventos, estabelecer parcerias na comunidade e na rede intersetorial com as escolas, a Atenção Primária, entre outros (Carvalho et al., 2014) é importantíssimo, além de ser essencial para operar o princípio da corresponsabilização pelos usuários do CAPSi.

Operar um trabalho somente intramuros é uma atualização das práticas manicomiais, é estabelecer que essas crianças e esses adolescentes só podem ocupar o CAPSi e que só ali poderão se expressar. Além disso, atuar somente dentro do CAPSi é desconsiderar os componentes familiar, social, histórico, indo contra os princípios da atenção psicossocial e da clínica ampliada (Poletti, 2008, *apud* Carvalho et al., 2014).

Além dos desafios estruturais, existem também os desafios clínicos do cuidado à saúde mental infantojuvenil. Atuar com crianças e adolescentes requer o entendimento destes enquanto sujeitos que possuem seus próprios desejos e subjetividades (Leitão; Avellar, 2020) para além do que é imposto a eles, tanto por parte da família, quanto pelos espaços que eles ocupam e que permeiam suas subjetividades. Isso se constitui como uma dificuldade pelas crianças e adolescentes não chegarem em nome próprio, com suas próprias demandas constituídas, mas a partir das demandas das instituições que os encaminham e das demandas e desejos familiares.

Essa concepção implica em fazer uma prática pautada no princípio do “um a um”, ou do “caso a caso”, a partir de uma escuta sem pretensões, sem conceitos formados previamente a partir do discurso dos pais, do encaminhamento daquele sujeito, do diagnóstico fechado por algum médico. É necessário dar o direito da criança ou do adolescente de poder ser, por ele mesmo, responsável pelas suas demandas, pelos seus desejos, pelas suas falas, como aponta o documento do Ministério da Saúde (Brasil, 2014), e, mais que isso, que eles possam ter o direito ao cuidado respeitado (Brasil, 2005).

Os Projetos Terapêuticos Singulares entram nesse ponto, fazendo com que o cuidado possa ser direcionado a partir do que surge, e não a partir de uma metodologia padronizada. É importante se atentar ao que o sujeito demanda, aos desejos que ele apresenta, sem entrar em automatismos no trabalho, por exemplo, indicando um usuário a um grupo somente para desafogar o serviço.

Cada componente do cuidado deve ser pensado de acordo com o real da demanda, seja estar em um grupo, pensar na criação de um projeto de geração de renda, uma visita domiciliar, a prescrição de medicamento, um jogo ou uma ida à praça, para que essas ações possuam um valor clínico e não estejam esvaziadas de sentido.

Um grande desafio na prática nos CAPSi é poder acolher o sujeito, realizar a escuta e não supor de imediato a necessidade da prescrição de um medicamento. O medicamento é, de certo, um aliado no cuidado, quando prescrito de forma responsável e cuidadosa. A utilização dos psicofármacos para tamponar o sofrimento psíquico, entretanto, é antiético e manicomial, pois visa a normalização e o abafamento das singularidades.

O diagnóstico e a prescrição de medicamentos devem ser problematizados e descentralizados. O diagnóstico psiquiátrico, quando utilizado como forma de cristalização do sofrimento e não como um ponto de compreensão dos sujeitos, faz com que as singularidades sejam massacradas (Sigal, 1989, *apud* Vilhena; Rosa, 2011) pois tudo passa a ser justificado pelo diagnóstico:

nada é do sujeito, tudo é da sua doença. Pode-se dizer que o diagnóstico “não é a representação de uma categorização natural, fundado na descrição de eventos naturais; ele é uma nomeação que faz existir realidades, comportando efeitos subjetivos incontornáveis” (Vilhena; Rosa, 2011, p. 135).

As crianças e adolescentes podem ser facilmente diagnosticados com algum distúrbio ou transtorno para poder apaziguar o sofrimento dos familiares e as demandas das instituições e dos profissionais. Sem problematizar os diagnósticos, eles serão tomados como o centro do cuidado (Bulik, 2020). Isso gera uma superlotação dos serviços e uma epidemia de diagnósticos, em que cada hora um diagnóstico está em seu auge, seja os distúrbios de aprendizagem, seja o Transtorno de Déficit de Atenção com Hiperatividade (TDAH) ou o Transtorno Opositivo Desafiador (TOD).

Os usuários do CAPSi chegam no serviço por romperem o laço social, por causarem, de alguma forma, desconforto nas pessoas ao seu redor e nos ambientes que compõem por serem diferentes, por não corresponderem à norma. O sofrimento que chega ao serviço é multifatorial e deve ser entendido em sua completude. É preciso ouvir o sofrimento apresentado, questioná-lo e analisar todos os fatores que influenciam na saúde e no bem-estar das crianças e dos adolescentes, sem tomar os comportamentos como patológicos para conseguir enxergar os sujeitos em sua totalidade de vida. Isso permitirá que o trabalho clínico possa ser feito de maneira integral, nos princípios da clínica ampliada, promovendo a autonomia, o cuidado, a escuta e o acolhimento.

Considerações Finais

Percebe-se, a partir dessa retomada histórica, que só foi interessante começar a se debruçar sobre a infância e adolescência a partir do momento em que estas representavam um perigo para a segurança pública, quando se observou que os “menores” delinquentes poderiam ser perigosos e era necessário institucionalizá-los. Isso torna evidente o motivo de tanta demora para articular

políticas que pudessem abarcar e proteger as crianças e os adolescentes integralmente, pois a preocupação não era com sua saúde ou com eles enquanto sujeitos — até mesmo porque nem assim eram considerados —, mas com a segurança de uma parcela da sociedade.

Mesmo com um funcionamento fora do ideal, a existência do CAPSi é de extrema importância. O CAPSi é sim um dispositivo revolucionário por tudo que se propõe, pela mudança de paradigma que proporcionou e pela ruptura com a lógica tutelar. Porém, é necessário olhar as críticas enquanto um recurso fomentador de trabalho para se pensar em novas ações e formas de poder eliminar essas dificuldades. É imprescindível que a Saúde Pública se responsabilize com a saúde mental infantojuvenil sem terceirizar esse cuidado para que ele seja oferecido com a melhor qualidade possível.

O cuidado em saúde mental infantojuvenil deve ser universal, articulado com uma rede intersetorial, de modo a oferecer um cuidado integral sem excluir os aspectos da vida da criança e do adolescente para além do sofrimento psíquico, se ocupando de seus laços sociais, do lazer, da relação familiar, entre outros.

A Saúde Mental no geral possui muitos furos, mas os furos e as falhas no campo da saúde mental infantojuvenil são maiores. Foi possível perceber que, para além do modelo asilar imposto à loucura e a tudo que é desviante, no campo da infância e da adolescência há, também, a lógica tutelar difundida. É necessário trabalhar em prol do reconhecimento das subjetividades dessa população, somente assim será possível a articulação de um trabalho ético e nos moldes da Reforma com as crianças e adolescentes.

Entende-se que os serviços públicos há muito tempo vêm sendo sucateados e a saúde mental não escapa disso. Os CAPSi não contam com o financiamento adequado e essa é uma problemática que ultrapassa a gestão do serviço. Entretanto, dada a falta de um investimento financeiro, o investimento subjetivo

dos seus atores, através de fazeres implicados ético-politicamente, entendendo a importância do trabalho realizado, não pode ser perdido para que se possa oferecer um cuidado para os usuários a partir de uma escuta qualificada e um cuidado implicado. Para isso, faz-se necessário investir em capacitação e qualificação profissional para que os profissionais adequem suas práticas ao escopo do trabalho na Saúde Mental, baseado nos princípios da Reforma Psiquiátrica e do SUS, de modo a não propagar a manicomialização dos dispositivos e não recair em ideais higienistas.

Poder sustentar a existência de um serviço público de atenção psicossocial infantojuvenil se faz urgente no Brasil dado o histórico de desassistência, tutela e institucionalização dessa população. A luta por melhoria das condições de trabalho e pelo investimento na saúde mental brasileira é de extrema importância e muito urgente, assim como o monitoramento das ações já existentes para a observação da qualidade dos serviços prestados. Essa luta deve ser construída em conjunto, não só com os trabalhadores da saúde mental, mas com os usuários e seus familiares.

Referências

BANDEIRA, K. Caps: com psicoterapia, oficinas e atividades comunitárias, centros são contraponto a hospitais psiquiátricos. **O Globo**. 10 jun. 2023, Brasília. Disponível em: < <https://oglobo.globo.com/saude/noticia/2023/07/10/caps-com-psicoterapia-oficinas-e-atividades-comunitarias-centros-sao-contraponto-a-hospitais-psiquiatricos.ghtml> >. Acesso em: 02 fev. 2024.

BRASIL. **Decreto Lei nº 17.943-A**, de 12 de outubro de 1927. Consolida as leis de assistência e proteção a menores. Código de Menores. Coleção de Leis do Brasil, Rio de Janeiro, 31 de dezembro de 1927. Disponível em: < https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto/1910-1929/d17943a.htm >. Acesso em: 03 fev. 2024.

BRASIL. **Código de Menores**, Lei Federal 6.697, de 10 de outubro de 1979, dispõe sobre assistência, proteção e vigilância a menores. Disponível em: < https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/1970-1979/l6697.htm >. Acesso em: 01 fev. 2024.

BRASIL. **Constituição de 1988**. Constituição da República Federativa do Brasil. Brasília, DF: Câmara dos Deputados, [2018]. Disponível em: < https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm >. Acesso em: 01 fev. 2024.

BRASIL. **Lei nº 8.069**, de 13 de julho de 1990a. Estatuto da Criança e do Adolescente. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 16 jul. 1990. Disponível em: < https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8069.htm >. Acesso em: 03 fev. 2024

BRASIL. **Lei nº 8.080**, de 19 de setembro de 1990b. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. 19 de setembro de 1990. Disponível em:< https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8080.htm >. Acesso em: 01 fev. 2024.

BRASIL. **Lei nº 10.216**, de 06 de abril de 2001. Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental. Diário Oficial [da] República do Brasil, Poder legislativo, Brasília, DF, 09 abr. 2001. Seção 1, p. 2. Disponível em: < http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/leis_2001/l10216.htm >. Acesso em: 03 fev. 2024.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Relatório Final da III Conferência Nacional de Saúde Mental**. 2002a, Brasília, DF. 2. Disponível em: < https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/mental_relatorio.pdf >. Acesso em: 01 fev. 2024.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria GM/MS nº 336**, de 19 de fevereiro de 2002. Estabelece que os Centros de Atenção Psicossocial poderão constituir-se nas seguintes modalidades de serviços: CAPS I, CAPS II e CAPS III, definidos por ordem crescente de porte/complexidade e abrangência populacional. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 9 fev. 2002b. Disponível em: < http://www.saude.mg.gov.br/images/documentos/Portaria_336.pdf >. Acesso em: 02 fev. 2024.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 1.946**, de 10 de outubro de 2003. Cria Grupo de Trabalho destinado a elaborar proposta de constituição do Fórum Nacional de Saúde Mental de Crianças e Adolescentes. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 13 out. 2003. Disponível em: < https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2003/prt1946_10_10_2003.html >. Acesso em: 01 fev. 2024.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 1.608**, de 03 agosto de 2004. Constitui Fórum Nacional sobre Saúde Mental de Crianças e Adolescentes. Brasília: Diário Oficial da União. Disponível em: < https://bvsms.saude.gov.br/bvs/sau-delegis/gm/2004/prt1608_03_08_2004.html >. Acesso em: 01 fev. 2024.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Caminhos para uma política de saúde mental infanto-juvenil**. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. – Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2005. 76 p. Disponível em: < http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/caminhos_politica_saude_mental_infanto_juvenil.pdf >. Acesso em: 01 fev. 2024.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 3.088**, de 23 de dezembro de 2011. Institui a Rede de Atenção Psicossocial para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) e dá outras providências. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 30 dez. 2011. Disponível em: < https://bvsms.saude.gov.br/bvs/sau-delegis/gm/2011/prt3088_23_12_2011_rep.html >. Acesso em: 01 fev. 2024.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Atenção psicossocial a crianças e adolescentes no SUS: tecendo redes para garantir direitos**. Ministério da Saúde, Conselho Nacional do Ministério Público. – Brasília - DF: Ministério da Saúde, 2014. Disponível em: < https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/atencao_psicossocial_crianças_adolescentes_sus.pdf >. Acesso em: 01 fev. 2024.

BULIK, K. J. D. **A psicanálise com crianças em instituições de saúde multiprofissionais: uma revisão de literatura**. Cad. psicanal., Rio de Janeiro, v. 42, n. 42, p. 205-224, jun. 2020. Disponível em: < http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-62952020000100013&lng=pt&nrm=iso >. Acesso em: 01 fev. 2024.

CARVALHO, I. L. N. **CAPS i: avanços e desafios após uma década de funcionamento**. Cadernos Brasileiros de Saúde Mental/Brazilian Journal of Mental Health, [S. l.], v. 6, n. 14, p. 42–60, 2014. DOI: 10.5007/cbsm.v6i14.68584. Disponível em: < <https://periodicos.ufsc.br/index.php/cbsm/article/view/68584> >. Acesso em: 01 fev. 2024.

COUTO, M.; DUARTE, C.; DELGADO, P. **A saúde mental infantil na Saúde Pública brasileira: situação atual e desafios.** Brazilian Journal of Psychiatry. São Paulo, v. 30, n. 4, p. 390-398, dez. 2008. DOI: <https://doi.org/10.1590/S1516-44462008000400015>. Disponível em: < <https://www.scielo.br/j/rbp/a/MwhVn9BBDdZQTH6qxsxLNkf/?lang=pt> >. Acesso em: 01 fev. 2024.

COUTO, M.; DELGADO, P. **Crianças e adolescentes na agenda política da saúde mental brasileira: inclusão tardia, desafios atuais.** Psicol. clin., Rio de Janeiro, v. 27, n. 1, p. 17-40, 2015. Disponível em < http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-56652015000100002&lng=pt&nrm=iso >. Acesso em: 01 fev. 2024.

LEITAO, I. B.; AVELLAR, L. **10 anos de um CAPSi: percepções dos profissionais acerca do trabalho em saúde mental infantojuvenil.** Estilos clin., São Paulo, v. 25, n. 1, p. 165-183, abr. 2020. Disponível em < http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1415-71282020000100013-&lng=pt&nrm=iso >. Acesso em: 01 fev. 2024. <http://dx.doi.org/10.11606/issn.1981-1624.v25i1p165-183>.

LEITÃO, I. et al. **Dez anos de um CAPSi: comparação da caracterização de usuários atendidos.** Psicologia USP. v. 31, e190011, jul. 2020. DOI: <https://doi.org/10.1590/0103-6564e190011>. Disponível em: < <https://www.scielo.br/j/pusp/a/V7DFNHgMP7Pqcmqy4h8qLvc/abstract/?lang=pt> >. Acesso em: 03 fev. 2024.

LIMA, R.; POLI, L.; JOSÉ, F. **A evolução histórica dos direitos da criança e do adolescente: da insignificância jurídica e social ao reconhecimento de direitos e garantias fundamentais.** Revista Brasileira de Políticas Públicas, v. 7, n. 2, 3 out. 2017. Disponível em: < <http://hdl.handle.net/1843/39805> >. Acesso em: 01 fev. 2024.

MACEDO, J. P.; FONTENELE, M. G.; DIMENSTEIN, M. **Saúde Mental Infantojuvenil: Desafios da Regionalização da Assistência no Brasil.** Rev. Polis Psique, Porto Alegre, v. 8, n. 1, p. 121-131, abr. 2018. Disponível em < http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2238-152X2018000100007&lng=pt&nrm=iso >. Acesso em: 01 fev. 2024. <http://dx.doi.org/10.22456/2238-152X.80421>.

PIOVEZAN, S. Brasil tem lacunas na atenção à saúde mental de crianças e adolescentes. Folha de São Paulo. 2 out. 2023. Disponível em: < <https://www1.folha.uol.com.br/equilibrioesaude/2023/09/brasil-tem-lacunas-na-atencao-a-saude-mental-de-criancas-e-adolescentes.shtml#:~:text=O%20Brasil%20disp%C3%B5e%20de%2092,atendimento%20de%20crian%C3%A7as%20e%20adolescentes.> > Acesso em: 02 fev. 2024.

RIBEIRO, P. R. M. **História da saúde mental infantil: a criança brasileira da Colônia à República Velha.** Psicologia em Estudo, v. 11, n. 1, p. 29–38, jan. 2006. DOI: <https://doi.org/10.1590/S1413-73722006000100004>. Disponível em: < <https://www.scielo.br/j/pe/a/GjFSBSrN6CLgwN9k74t7YFr/abstract/?lang=pt> >. Acesso em: 01 fev. 2024.

RIZZINI, I. **O século perdido: raízes históricas das políticas públicas para a infância no Brasil.** 3 ed. São Paulo, Brasil: Cortez Editora, 2008.

RIZZINI, I. **Reflexões sobre pesquisa histórica com base em idéias e práticas sobre a assistência à infância no Brasil na passagem do século XIX para o XX.** In: I CONGRESSO INTERNACIONAL DE PEDAGOGIA SOCIAL, 1., 2006. Proceedings online. Faculdade de Educação, Universidade de São Paulo. Disponível em: < http://www.proceedings.scielo.br/scielo.php?script=sci_art-text&pid=MSC0000000092006000100019&lng=en&nrm=abn >. Acesso em: 01 fev. 2024.

SANTOS, E. **Desconstruindo a menoridade: a psicologia e a produção da categoria menor.** In: GONÇALVES, S. H.; BRANDÃO, P. E. (org.). Psicologia jurídica no Brasil. 3. ed. Rio de Janeiro: NAU, 2014. p. 43-72.

SCHECHTMAN, A. **Exortação às mães: uma breve consideração histórica sobre a saúde mental infantil no Brasil.** In.: BRASIL. Ministério da Saúde. Caminhos para uma política de saúde mental infantojuvenil. Brasília: Ministério da Saúde, 2004, p. 25-29.

TAÑO, B. L.; MATSUKURA, T. S. **Saúde mental infantojuvenil e desafios do campo: reflexões a partir do percurso histórico/Child and adolescent mental health and field challenges: reflections from the historical path.** Cadernos Brasileiros de Terapia Ocupacional, [S. l.], v. 23, n. 2, p. 439–447, 2015. DOI: 10.4322/0104-4931.ctoAR0479. Disponível em: < <https://www.cadernosdeterapiaocupacional.ufscar.br/index.php/cadernos/article/view/865> >. Acesso em: 01 fev. 2024.

VILHENA, J.; ROSA, C. M. A clínica psicanalítica nos espaços abertos do CAPS. **Arq. bras. psicol.**, Rio de Janeiro, v. 63, n. 3, p. 130-147, 2011. Disponível em < http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1809-52672011000400011&lng=pt&nrm=iso >. Acesso em: 01 fev. 2024.

CAPÍTULO 9

“SÓ DESEJO ALEGRIA”: NARRATIVAS SOBRE AS IMPLICAÇÕES ÉTICO-POLÍTICAS DO TRABALHO PROFISSIONAL NA DESINSTITUCIONALIZAÇÃO DE UM EX-PACIENTE JUDICIÁRIO DOS HOSPITAIS DE CUSTÓDIA

Thais Lasevicius

Doi: 10.48209/978-65-5417-249-A

Resumo: O presente trabalho busca desconstruir através das narrativas de história de vida de um ex-paciente judiciário e das entrevistas com suas técnicas de referência no processo de desinstitucionalização, alguns conceitos historicamente produzidos sobre “crime” e “loucura” na figura do sujeito com sofrimento psíquico e em conflito com a lei a partir da sua desinstitucionalização e da importância deste processo para a reintegração social do indivíduo, refletindo a partir do cuidado em liberdade como fundamental para se pensar uma saúde mental ético-politicamente engajada no campo do trabalho profissional das equipes multidisciplinares que acompanham os mesmos, superando paradigmas construídos em torno da falácia do “monstro criminoso” e pensando outras formas de cuidado.

Palavras-Chave: crime, loucura, desinstitucionalização, cuidado.

Introdução

Compreender o crime e a loucura numa perspectiva histórico-crítica se realiza enquanto uma tentativa de análise crítica e principalmente, da desconstrução de conceitos historicamente construídos – o que é loucura, quem é o sujeito louco, os processos de criminalização -, mas também, diz de uma decisão por um horizonte ético-político da defesa dos Direitos Humanos da pessoa presa, da compreensão histórica de como se fundamentaram as bases racistas e eugenistas sobre crime e loucura — e a figura desse “monstro louco criminoso” -, para, finalmente, desmistificá-las através de práticas que impliquem a urgência pelo cuidado em liberdade em rede e território, em articulação com as políticas sociais e acima de tudo, pela valorização e respeito à vida humana, especialmente do sujeito com sofrimento psíquico e em conflito com a lei no que tange o desenvolvimento desse trabalho.

Nesse sentido, é trazido para a discussão um dos capítulos oriundos da dissertação de mestrado¹ da referente pesquisadora, desenvolvido através do Programa de Pós-Graduação em Serviço Social e Políticas Sociais da Universidade Federal de São Paulo (UNIFESP) e com apoio da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES), no qual foi (re)construída a história de vida de um sujeito criminalizado por sua loucura e especialmente sobre como esse processo de “criminalizar a loucura” se deu, além da (re) construção em forma de narrativa de toda a vida desse sujeito, passando por diversas violações de direitos sociais até chegar ao ápice da violência que é a privação de sua liberdade.

Tendo como método as narrativas de histórias de vida além de entrevistas com as técnicas que o acompanharam desde sua desinstitucionalização em

¹Improdutivo e indesejável: (re)construção de uma história criminalizada pela loucura. Dissertação de Mestrado apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Serviço Social e Políticas Sociais da Universidade Federal de São Paulo (UNIFESP). Parecer de aprovação no Comitê de Ética: CAAE: 27431019.9.0000.5505. Disponível em: <https://repositorio.unifesp.br/handle/11600/63784>

2015, Helinho², sujeito que conta essa história, vivenciou quase metade da sua vida – cerca de quinze anos – perpassando por entre os três Hospitais de Custódia e Tratamento Psiquiátrico (HCTP) do Estado de São Paulo, sendo que todo o processo de desenvolvimento deste trabalho de pesquisa se desenvolveu fisicamente no Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) no qual o mesmo encontra-se referenciado e, no que diz respeito ao caráter teórico do trabalho, o capítulo trazido aqui, concentra a importância do cuidado em rede e território no processo de desinstitucionalização do sujeito com sofrimento psíquico e em conflito com a lei, tendo o cuidado em liberdade e a luta antimanicomial enquanto horizontes de luta e construção de uma vida digna após anos privado de liberdade.

Assim sendo, esse trabalho visa construir possibilidades pensadas a partir da vivência das Redes de Atenção Psicossocial (RAPS) e a integralização delas enquanto dispositivos fundamentais no processo de reintegração social através também da desinstitucionalização de um sujeito historicamente violado pelo sistema de justiça penal, refletindo sobre como as perspectivas de cuidado em rede e território são fundamentais para o fortalecimento e defesa dos Direitos Humanos.

Desenvolvimento

Para pensar a importância do cuidado em liberdade materializados em todas as redes, dispositivos e “linhas de fuga” perante os processos de *prisonalização* dos sujeitos, traz-se como fundamental o conceito de fazer emergir o “*antimanicômio*”, recuperando Caetano e Tedesco (2017) citando que “o antimanicômio significa a assunção de uma postura ética diante do outro, o louco, que deve ser respeitado na sua dignidade e nos seus direitos fundamentais” (p. 399), sintetiza então a perspectiva de corroborar com a defesa do cuidado em liberdade, do papel do Estado e as políticas e direitos sociais como forma de

² Nome fictício para preservar a identidade do sujeito da pesquisa.

manutenção, desenvolvimento da autonomia e responsabilidade frente a esse sujeito com sofrimento psíquico e em conflito com a lei.

Esse importante processo da autonomia, sem desconsiderar a importância desta ser atrelada com a responsabilidade social, isto é, enxergar o sujeito com sofrimento psíquico e em conflito com a lei para além de uma vítima da sua própria “condição mental” nem mesmo deixar de lado a responsabilidade perante seu ato penal -, é justamente a busca por fazer emergir o *antimanicômio* (TEDESCO, CAETANO, 2017), considerando que a medida de segurança não cumpre seu caráter dito enquanto “terapêutico”, mas sim, historicamente atua como manutenção da ordem de controle penal-social através do pretendo aval técnico-científico que legitima a noção arbitrária da “periculosidade” e de um “monstro social” incurável.

A premissa do “antimanicômio” está diretamente vinculada com o *afetar e ser afetado* pelas circunstâncias que compõem essa discussão, o que significa estar implicado coletivamente através de um compromisso ético-político para a superação dessa lógica de violência. E a partir das implicações do choque das relações humanas e sociais, das trocas, de questionar o que está dado como certeza, de problematizar o imposto e tecer novas compreensões, análises, olhares, cuidados. Afetar e ser afetado parte da premissa de que somos sujeitos historicamente situados, carregados de uma materialidade que não pode ser negada e que consubstancia os processos de subjetivação das relações humanas.

Desse modo, a proposta desse trabalho diz respeito à subversão dessa lógica. O avesso do inverso de se enxergar crime-loucura a partir de uma perspectiva histórica e crítica, isto é, sem perder a historicidade tão fundamental para compreender a profundidade desses processos – do crime, da loucura e do crime-loucura – bem como, na crítica que se faz presente ao trazer a materialidade implicada no processo de produção e reprodução da sociedade capitalista, alicerçada nas questões de gênero, raça e classe que não podem ser esquecidas,

muito pelo contrário, compreendidas como fundamentais para a totalidade de uma leitura histórica e por isso mesmo crítica, da teorização sobre a temática.

Seguindo essa perspectiva de afetar e ser afetado, — para a primeira técnica do caso de Helinho, que o acompanhou quando ele saiu do Hospital de Custódia e Tratamento Psiquiátrico -, essa perspectiva se dá em três objetivos fundamentais: a simplicidade, ingenuidade e alegria materializadas na figura de Helinho, esse sujeito que passou metade de sua vida entre os três Hospitais de Custódia e Tratamento Psiquiátrico (HCTP) do Estado de São Paulo. Para a sua primeira técnica de referência, esses pontos fomentam uma estratégia de resistência frente às constantes violações vivenciadas durante a história de vida desse sujeito.

Foi a simplicidade, a ingenuidade. A alegria quando ele encontrou a mãe, a alegria de viver com a mãe, de coisas pequenas assim. Então, ele me afetou com essa simplicidade, a ingenuidade, algo que eu não imaginava assim passar por esse tipo de situação. De receber alguém do Hospital de Custódia, porque a gente sempre tem certo pré-conceito que a gente cria, de que lá as pessoas fizeram coisas muito ruins e isso não é verdade. Como você mesma está pesquisando, era a criminalização da loucura, daquilo que a gente julga por não ser normal. Foi assim que eu fui afetada e todos que atuaram neste atendimento também. Gostaria muito que você me falasse depois se ele está bem (Entrevista – técnica da desinstitucionalização – p. 7).

Percebe-se o quanto Helinho mobilizou afetivamente aqueles que o conheceram desde sua desinstitucionalização. A primeira técnica denuncia a questão do olhar crítico para se compreender a questão “crime e loucura”, na superação desses paradigmas historicamente construídos. O seu posicionamento fica em evidência sobre a importância de superar visões que reproduzam a lógica dominante, conforme exposto. O preconceito gerado do estigma da questão crime-loucura faz parte do processo histórico em eleger esses sujeitos como improdutivos e indesejáveis ao sistema, discurso que é produzido e reproduzido socialmente, desconectado de uma perspectiva de totalidade histórica, o que fomenta a continuidade de discursos e práticas de violações direcionadas aos mesmos.

A fala final da primeira técnica do caso se materializa como um chamado para permitir a afetação de compreender o crime-loucura com outro olhar: mais humano, *porém não romântico*; mas a partir do horizonte da radicalidade crítica que implica em questionar esses discursos e posturas dadas que apenas contribuem para a manutenção do status quo da violência e do estigma. Essa postura parte de um movimento de questionar o que está imposto, no sentido de se indignar contra as mazelas e constantes violações desse sistema dirigidas a sujeitos como Helinho, eternamente esquecidos dentro das paredes dos Hospitais de Custódia e Tratamento Psiquiátrico (HCTP). É através desse mesmo movimento – de indignação e da necessidade de fortalecer os direitos dos sujeitos com sofrimento psíquico e em conflito com a lei – que vai de encontro à fala da técnica chefe do CAPS III na qual Helinho está atualmente referenciado.

O fato assim, o que mais me afetou assim foi a indignação de tudo que aconteceu com ele, das coisas que ele viveu, sofreu sem ter ninguém pra lutar por ele. Porque como para o sistema judiciário ele é considerado uma pessoa inimputável, ele teria que ter alguém por ele e ele não teve. Então, assim, isso mexe bastante com a gente, quando você está na sua faculdade, quando você estuda o caso. É uma coisa que a gente vê as injustiças do sistema prisional, do manicômio judiciário que não deveriam acontecer. Eu acho que não sou contra ter um sistema de justiça, mas acho que as pessoas têm os seus direitos e esses direitos têm que ser respeitados. Então, o Hélio, como ele não teve os direitos dele desde o início, ele teve vários direitos negados e isso é uma coisa muito triste da gente perceber (Entrevista - técnica chefe – p. 7).

De acordo com Silveira et. al. (2017) no que concerne à violação e negação dos direitos para esse grupo, as autoras dialogam com a entrevista com a técnica-chefe do CAPS III dando consubstancialidade e afirmando diretamente a premissa que sustenta essa discussão e trabalho: sujeitos *improdutivos e indesejáveis* para o sistema, pois “os que fogem a esta forma de organização são considerados improdutivos, e por não se adequarem ao mercado, tornam-se indesejáveis e inúteis neste contexto” (Silveira, Moreira & Custódio et. al., 2017, p. 147).

Fica sintetizada a afirmação desse trabalho ao analisar o sujeito com sofrimento psíquico e em conflito com a lei como improdutivo e indesejável para esse sistema, uma vez que para além de estar à margem da própria sociedade, eles estão inclusive à margem da efetivação de seus direitos sociais, cabendo a estes sujeitos as marcas das violências e históricas violações impostas. Para a superação de um processo historicamente legitimado, é necessário, portanto, reiterar os afetos cotidianos alinhados com as estratégias de resistência que consistem no fortalecimento da Rede de Atenção Psicossocial, do cuidado em liberdade e da luta intransigente pelos Direitos Humanos, em conformidade com a fala da técnica:

Agora, por onde ele passa também, ele deixa a marca dele, ele está sempre muito alegre, muito conversador... Apesar de que eu vejo que não é com todo mundo, não é todo mundo que vê o Hélios da mesma maneira, tem gente que tem medo. [...] Então eu acho assim que ele afeta todo mundo de às vezes de maneira positiva e de maneira negativa. Mas ele é impossível não deixar marcas nas pessoas com quem ele convive, as pessoas que o acompanham, na família. A mãe o recebeu de braços abertos, apesar de receber um homem, porque ele saiu com seus vinte e poucos anos e volta os anos depois, você já recebe outra pessoa em casa. Até assim, coisas assim que tipo, ele pegava muitas coisas do lixo, do chão, ele pegava copo do chão, pegava água e bebia aí a gente falava “Hélios, é questão de higiene, você não pode pegar e beber”, “Ah não pode dona E.?” , “Não pode Hélios”. Então tudo isso ele teve que reaprender, reaprender a comer, a viver em sociedade. Então, hoje ele está bem mais tranquilo, mas foi mais difícil pra ele sim (Entrevista – técnica chefe – p. 8).

O trecho acima expõe a dinâmica entre violação de direitos e violências impostas dentro das instituições totais (Goffman, 2015), que, ao passar distante de um tratamento genuíno ou tentativa de efetiva reabilitação ou cuidado integrado com um coletivo e com uma Rede de Atenção Psicossocial, destrói a existência do sujeito, os laços sociais e familiares, seu convívio com a comunidade, identidade, seu processo de subjetivação e por fim, a completa destituição dos seus direitos e de sua condição enquanto sujeito. Historicamente, a lógica permanece e atualiza no sentido de fazer valer a lógica dominante de segregar

sujeitos que não atendem a esse sistema, ou seja, de transformar a vida em uma forma de extrair mercadoria ou lucro.

É justamente nesse sentido de reiterar o cuidado em rede e território desenvolvido pelas Redes de Atenção Psicossocial (RAPS) como materialização de um projeto de cuidado em liberdade genuíno em constante diálogo com afirmação dos direitos e da autonomia do sujeito com sofrimento psíquico e em conflito com a lei, conforme se pode perceber pela fala da técnica-chefe do CAPS III:

Como profissional, como pessoa, me afeta de várias maneiras, primeiro por ser assistente social e ver que isso acontece com certa frequência, me deixa muito entristecida. Por outro lado, assim, estar em um serviço como CAPS que a abarca assim, todo esse tipo de pessoa e que a gente consiga dar dignidade pra vida dele, também me deixa feliz. Me afeta de uma coisa bem positiva porque ele é um cara assim que merece. Está de bem com a vida, está bem com a cabeça dele. Acho que hoje ele está em um bom momento, a gente sabe que na saúde mental as pessoas passam por altos e baixos como qualquer lugar, mas hoje assim ele está em um momento mais tranquilo da vida dele (Entrevista - técnica chefe – p. 8).

Através desse trecho concorda-se com Silveira et. al. (2017), sobre ter a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) como uma possibilidade de cuidado que fuja do óbvio das históricas violações e fomentem uma “busca pela singularidade, que dá possibilidade de novas formas de tratamento, na qual o sujeito é não só o centro, como co-gestor de estratégias pensadas” (p. 149), configurando a importância da interlocução dessa rede, do núcleo familiar e comunitário, da responsabilidade do Estado e das políticas sociais em saúde mental, bem como, do próprio sujeito com sofrimento psíquico e em conflito com a lei como ator principal desse processo de autonomia e fortalecimento de vínculos e direitos sociais.

Retomando Caetano e Tedesco (2017) deve-se atentar para não reproduzir as práticas manicomiais dentro dos dispositivos e equipamentos em rede e território e fazer delas concomitantes ao funcionamento dos Hospitais de Custódia,

como uma forma de legitimar essas instituições. Para os autores, a premissa do antimanicômio deve ser — assim como o Sistema Único de Saúde (SUS) —, universal e não seletivo. Caetano e Tedesco (2017) também fazem aproximação com o mito da *Hidra de Lerna*, no sentido de que o antimanicômio “não pode ser seletivo, sob o risco de funcionar apenas como um tipo de ornamento, um adorno brilhante colocado em alguma das cabeças da mitológica Hidra de Lerna em vã tentativa de disfarçar-lhe o aspecto monstruoso” (p. 398).

A proposta de fazer emergir o antimanicômio como forma legítima de cuidado implica em compreender que ele não deve ser um ornamento à existência das instituições que ainda persistem. Conforme citam Caetano e Tedesco (2017), o antimanicômio deriva de uma *postura ética* com relação ao “sujeito louco”, que deve ser compreendido e respeitado a partir de seus direitos sociais fundamentais e sua dignidade, bem como, fazendo valer sua autonomia. Entendendo que não se pode relativizar a dignidade da vida e os Direitos Humanos em prol da tortura em alguns casos, do mesmo modo não se pode, de acordo com os autores, promover a manutenção do manicômio “para certos casos, os casos difíceis ou os mais perigosos, tendo na segregação asilar a sua resposta legal” (CAETANO E TEDESCO, 2017, p. 399). Ou seja, o cuidado é impraticável dentro de uma instituição que historicamente nasce para violar os Direitos Humanos. É urgente construir — efetivamente — a integralidade coletiva desse cuidado.

Nesse sentido, também se faz urgente pensar em mudança social, pois, enquanto essas práticas de violência e segregação estiverem respaldadas por uma sociedade punitiva e de controle social, a violência será relativizada e normalizada. Concomitantemente coloca-se a fala da técnica de Referência de Helinho, corroborando com esse desfecho de forma que ele se encerra de acordo com o que já foi abordado, inclusive enquanto um combustível a partir dos afetos potenciais, das políticas sociais e do cuidado em liberdade como resistência

às constantes violações não apenas das medidas de segurança e do Sistema de Justiça, mas como um todo contra a lógica de desigualdade, violência e barbárie da vida na ordem do capital.

A primeira coisa que me afetou foi o dia que eu peguei o prontuário dele e vi que a gente tem praticamente a mesma idade, por isso que eu falei que acho que a gente tem a mesma idade. E o quanto o percurso de vida determina mesmo, a nossa história, a forma como a gente acessa as coisas, as oportunidades, enfim, acho que me afetou um pouco nesse sentido, das oportunidades, do acesso, acho que foi um pouco nisso assim. Por sermos pessoas da mesma faixa etária, da mesma raça, somos os dois muito parecidos, então me afeta nesse sentido. Porque acho que é aquilo que eu venho falando desde o começo, a questão da oportunidade do acesso, da forma como as coisas são conduzidas mesmo que levam a vida da gente pra um caminho (Entrevista - técnica de referência – p. 6).

A importância da premissa do afetar e ser afetado continua no relato da técnica de referência de Helinho ao avaliar como as relações são potenciais para o desenvolvimento do sujeito com sofrimento psíquico e em conflito com a lei e enxergar na alegria como um afeto fundamental para a resistência à barbárie no seio de uma sociedade que se fundamenta na desigualdade e exploração para suas engrenagens funcionarem. Assim sendo, conforme citado pelas outras técnicas sobre a história e figura de Helinho.

Eu acho que o Hélio, ele é assim lutador, sabe? Um sobrevivente. Porque passar por todas essas coisas ele passou, e ele mantém uma alegria, ele mantém uma leveza mesmo, porque o Hélio é uma pessoa que você não vê mal-humorada, não é uma pessoa que você vê reclamando. Claro, vai colocar as questões dele, das dificuldades, mas acho que é de ter essa... É uma palavra meio clichê mesmo, mas é superação mesmo, sabe? De passar por tudo isso e de não ser amargurado, de ser um menino que está olhando pra frente, que quer coisas pra ele, pra família dele. Então às vezes ele vai a algum lugar, ele vê um brinquedinho e aí ‘ah quando eu tiver dinheiro, vou comprar isso pra minha sobrinha’, então assim, que preza essa convivência familiar, sabe? Então, acho, eu vejo um pouco dessa forma (Entrevista - técnica de referência – p. 6).

De igual modo, a narrativa de Helinho sobre sua história de vida é uma força potencial. Corroborando com Vasconcelos (2000), a busca deve se diri-

gir no sentido de um sujeito que possua vontade de liberdade e força crítica; e sobre estas como alianças na defesa de seus direitos e denúncia das engrenagens da criminalização que o enredam. Ainda que possa ser extremamente difícil pensar em liberdade na sociedade capitalista, — se é que se pode pensar nisso — é perceptível que no meio de tantas violações ao longo da sua história que Helinho possui em aspectos como no trabalho, família, amigos, nas Redes de Atenção Psicossocial e, por que não, nos sonhos que o mantém alinhado com uma perspectiva de resistência perante os ditames desse Estado Penal que constrói, marginaliza e criminaliza a loucura.

A história de Helinho é inegavelmente marcada pela criminalização da loucura caracterizada pelos quinze anos que vivenciou a medida de segurança nos Hospitais de Custódia e Tratamento Psiquiátrico. É impossível apagar, esquecer ou mesmo reparar esse fato cruel da sua história, enraizado por diversos determinantes que fundamentam o nível dessa violação: não responder em liberdade, sendo negado em seu direito fundamental enquanto sujeito, sua identidade; a constante violação desses direitos ao longo de todo esse período e claro, as consequências desse projeto de barbárie para além do seu processo de desinstitucionalização: as marcas do crime e da loucura; a perda do laço familiar e social e toda a inviabilidade de se ter seus direitos efetivamente recuperados por conta dos anos privado de liberdade.

Desse modo, traz-se aqui um trecho importante da narrativa de Helinho sobre sua história de criminalização da loucura demonstrando em seu discurso sobre como a função da “prisionalização” deixa suas marcas nos sujeitos inseridos nos processos das instituições totais, refletindo sobre sua experiência nos Hospitais de Custódia e Tratamento Psiquiátrico com a delicadeza de quem reconhece a importância do cuidado em liberdade, do território e da potência do coletivo.

“- Helinho, eu fico pensando, você desejaria pra alguém ir para um manicômio? Se você pudesse mandar alguém para o manicômio, você mandaria?” (Pesquisadora) – Se eu mandaria? Nem para o meu pior inimigo eu

mandaria. Porque eu quero ele livre. Ó nem pior meu inimigo, meu pior inimigo eu quero ele livre, flutuando. – “E por que você não mandaria para o manicômio?” (Pesquisadora) - Pra mim, se ele tivesse ruim, se ele fosse uma pessoa ruim, se ele fosse assim, se tivesse ruim, eu ia falar “ó, procura um médico ou uma clínica e procura uma pessoa pra cuidar de você, mas não vai pro manicômio. [...] Aí não aguentei, né? Não aguentei e assim porque eu vi a realidade, eu vi a realidade. - “E como que é a realidade?” (Pesquisadora) - A realidade é porque você nunca sabe se vai sair. Se você vai tá morto ou vivo. Porque você tá tomando remédio, você pode ter uma convulsão, desmaiar, bater a cabeça. Então, você está jogando bola, pode desmaiar, porque a comida é fraca. Então, você nunca mais... Eu vi muitas pessoas morrerem de infarto. – “Lá dentro do manicômio?” (Pesquisadora) – É. Então eu não **desejo nem cadeia, nem manicômio, nem cadeia, nem pior, nada pra ninguém, só desejo alegria.** (Narrativa Helinho, p. 33)

“Então eu não desejo nem cadeia, nem manicômio, nem cadeia, nem pior, nada pra ninguém, só desejo **alegria**”³. (Narrativas Helinho, p. 33), nada mais significativo do que a última fala presente nas narrativas de Helinho que fomentam tudo o que já foi colocado pelas técnicas do caso e que correspondem à compreensão de uma perspectiva de totalidade sobre sua história de vida, desde o começo de sua construção, bem como, seu desenvolvimento enquanto sujeito até chegar ao processo de criminalização de sua loucura para finalmente, alcançar seu bater as asas da liberdade novamente. Essa é apenas uma história entre tantas outras excluídas e esquecidas nos Hospitais de Custódia e Tratamento Psiquiátrico (HCTP) existentes em todo o país.

Em nenhum momento pretende-se dizer que as histórias são em igual origem ou desenvolvimento, mas sim salientar que existem, de alguma forma, diversos “*Helinhos*” perdidos nesse nefasto sistema, não julgando aqui se são vítimas ou algozes, mas percebendo claramente o quanto eles são violados por essa lógica tão destrutiva que preconiza aqueles que serão desejáveis para essa ordem social para aqueles que são destinados à barbárie e criminalização. Também não se pretende dizer que esses sujeitos não devam se responsabilizar pelos seus próprios atos.

3 Grifo da autora retirado do original.

Pelo contrário, a importância do cuidado em liberdade reside justamente em compreender que somente a partir de um tratamento genuíno e não a fala mascarada de tratamento que é a medida de segurança, mas sim, através das Redes de Atenção Psicossocial, das políticas de saúde mental, assistência social, habitação, educação e demais políticas sociais é que se efetiva tanto o cuidado quanto a responsabilidade desses sujeitos, partindo da premissa de que os direitos fundamentais deste grupo são respeitados e sua condição de sujeito valorizada.

E não caindo em romantismos nem mesmo em personificações monstruosas do sujeito com sofrimento psíquico e em conflito com a lei, mas sim, superar essa visão. É a partir dessas alternativas que incide uma mudança na forma de pensar a punição, o sistema de justiça e as práticas materializadas nessas instituições como os Hospitais de Custódia e Tratamento Psiquiátrico (HCTP), bem como, as práticas subjetivas de superar o manicômio, a prisão e a punição de dentro de si, da reprodução do processo material no campo das subjetividades, compreendendo essa dialética. Assim pode ser possível subverter o sistema que historicamente produz e reproduz a “figura do louco” *improdutivo para o capital e indesejável para a lógica dominante* – possibilitando a essa pessoa seu lugar de direito como sujeito, com respeito a sua autonomia, aos Direitos Humanos sem perder de vista sua responsabilização e tampouco a responsabilização coletiva.

Desse modo, ao invés de improdutivos para o capital e indesejáveis para a lógica dominante, subverter esse sistema para sujeitos de direitos, autonomia e responsabilidade pautados no cuidado em liberdade. E corroborando com a fala do próprio Helinho, de só “*desejar alegria*”, bem como, a fala das três técnicas do caso quando perguntadas sobre como afetaram e foram afetadas por ele, respondendo igualmente a escolha pelo afeto da alegria, que simbolicamente fecha a narrativa de Helinho e materializa, sem dúvida, a potencialidade

dessa afetação que não se configura como um mero adjetivo – mas que serve como estratégia coletiva de resistência contra a mortificação dos sujeitos e das violações sofridas por um modelo social que tem a barbárie como resposta.

É justamente tendo o afeto da alegria como potência fundamental de enfrentamento às barbáries históricas e cotidianas que se mantêm ativas, subvertendo essa lógica através da resistência, luta pela liberdade e por um mundo para além das opressões. De acordo com Rotelli (1990), de nada adianta a luta contra os leitos psiquiátricos e o manicômio se essa luta não estiver atrelada ao fim dessas instituições, sem negociação, pois toda a lógica de controle social e violação de direitos continuam se perpetuando. Assim, urge a necessidade de reafirmar o cuidado em liberdade e especialmente, de um cenário político democrático para a efetivação desses direitos fundamentais.

A premissa por um cuidado em liberdade seguindo as perspectivas anti-manicomiais da Reforma Psiquiátrica é justamente de que as formas de tratamento e consequentemente de cuidado vem sendo atualizadas, especialmente dentro de perspectivas progressistas de governo, que firmam o pacto social da democracia e da luta por uma sociedade minimamente “justa” ainda que à revelia dos mandos e desmandos do capital. O que se observa nesses cenários políticos fundamentalmente democráticos é que a luta por direitos pode encontrar resistência, mas também gera frutos a partir da mobilização coletiva dos atores e movimentos sociais que reafirmam a defesa destes, as políticas sociais e a liberdade, assegurados por um horizonte progressista, — ainda que atrelado ao capital — nas quais, atrelados à luta coletiva em prol de perspectivas democráticas, possam de fato prosperar.

Portanto, superar a atualidade do cenário político brasileiro claramente em consonância com perspectivas fascistas, de barbárie da vida e violação de direitos precisa ser um ponto fundamental a fim de materializar a luta intransigente pela defesa dos Direitos Humanos essencialmente ligados com um hori-

zonte democrático para sua efetivação. Desse modo, a narrativa final de Helinho sobre sua história de vida, ainda que concordando com o explanado, acaba sendo um sopro de liberdade:

Agora só falta eu criar juízo. E a minha mãe fala, “filho, se você precisar de um calçado, se você precisar de uma roupa, se você precisar de alguma coisa, se você precisar de cinco reais, se você precisar de alguma coisa, pode contar comigo, mas eu não quero ver você mais nessa vida”. E ela fala pra mim. Eu falo “ta bom, mãe, não vou te desobedecer. Entendeu? É isso. E os meus amigos de trabalho sempre fala, “oh, você não vai sair do projeto. Nós adora você. Porque você foi um cara que nós viu em você, você pode ter a sua, sua fisionomia, mas só que nós já te conhece. Não tem erro com você. Porque nós confiamos em você. Algumas pessoas só podem falar de você o que for. Mas pra nós, nós não liga. Porque cada um é cada um, cada um ganha sua vida”. Porque eu quero prova. Eu tô aqui porque Deus tá me permitindo. Eu tenho parente no Rio, tenho família na Bahia, tenho família no norte, tenho família aqui. A minha família dá apoio pra mim, minha família dá apoio pra mim. Então é isso, olha assim, eu perdôo pra quem me perdoa, se me perdoar, me perdoa, quem me perdoar, eu não falo nada. Eu não posso falar, eu não sou ninguém pra ajudar, quem pode julgar é Deus. (Narrativa Helinho, p. 32)

De acordo com Passos (2018), “problematizar o manicômio e suas expressões abordando as relações de raça, gênero e classe é ultrapassar os próprios muros que compõem a formação social brasileira” (p. 14), inclusive incidindo em um debate infelizmente esquecido e marginalizado no processo da Reforma Psiquiátrica Brasileira. Assim, é urgente levantar a crítica para todas essas questões e sobre como elas incidem na materialização de uma realidade que ainda persiste sendo manicomial em sua resposta e que também é direcionada às subjetividades, cada vez mais manicomiais, opressoras e exploradoras.

Conclusão

Quando simbolicamente Helinho finaliza sua narrativa com a escolha de se guiar pelos afetos alegres conforme revela dizendo “só desejo alegria” isso implica o movimento de uma força potencial que abre possibilidade para que as futuras discussões sobre a temática entre crime e loucura possam perpassar

o diálogo crítico que supere a luta entre a “mortificação do eu” (GOFFMAN, 2015) a partir da potência dos afetos alegres, estes sim, como forma de resistência perante as engrenagens carcerárias de um Estado Penal que é alimentado pela exploração social desses sujeitos.

Afirma-se a urgência da luta sobre uma humanidade que constitui sua potência por meio da coletividade, — materializada no caso de Helinho ao passar quinze anos de sua vida nos Hospitais de Custódia e Tratamento Psiquiátrico (HCTP) — essencialmente implicado na luta de um sujeito com sofrimento psíquico e em conflito com a lei que simbolicamente representa um grupo historicamente barbarizado pelo sistema capitalista — improdutivo e indesejável — através da constância do movimento pelo cuidado em liberdade e pelos princípios de se fazer emergir a premissa do *antimanicômio*. O preconceito gerado pelo estigma crime-loucura faz parte do processo histórico em eleger esses sujeitos como improdutivos e indesejáveis ao sistema, discurso que é produzido e reproduzido socialmente, desconectado de uma perspectiva de totalidade histórica, o que fomenta a continuidade de discursos e práticas de violações direcionadas aos mesmos.

Através da resistência de figuras como Helinho, é possível subverter essa lógica nefasta promovendo a urgente necessidade de superação desta. Nesse sentido, fica evidente que Helinho assim como diversos outros sujeitos com sofrimento psíquico e em conflito com a lei que possuem suas vidas dilaceradas pelas engrenagens mórbidas desse sistema, são os grandes sobreviventes de uma lógica de exploração e violência, e desta forma, constituem-se como a mais evidente materialização personificada de denúncia desses históricos processos de barbárie, cabendo a sociedade como um todo, o compromisso com a mudança social.

Referências

CAETANO, H. TEDESCO, S. **Pistas para fechar o manicômio judiciário e para fazer emergir o antimanicômio no Brasil.** In. Org. OLIVEIRA, W. PITTA, A.; AMARANTE, P. Direitos Humanos e Saúde Mental. São Paulo: Hucitec Editora, 2017.

GOFFMAN, E. **Manicômios, prisões e conventos.** São Paulo: Perspectiva, 2015.

LASEVICIUS, T. **Improdutivo e indesejável: (re)construção de uma história criminalizada pela loucura.** Dissertação de Mestrado apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Serviço Social e Políticas Sociais da Universidade Federal de São Paulo (UNIFESP), 2022. Disponível em: <https://repositorio.unifesp.br/handle/11600/63784>. Acesso em: 20 Dez. 2023.

PASSOS, R.G. **“Holocausto ou Navio Negreiro?”: inquietações para a Reforma Psiquiátrica brasileira/Holocaust or “The Ship Negreiro?”: concerns for the Brazilian Psychiatric Reform.** Argumentum, v. 10, n. 3, p. 10-23, 2018.

ROTELLI, F. et al. **Desinstitucionalização.** São Paulo: Hucitec, 1990.

SILVEIRA, MOREIRA, CUSTODIO et al. **Se você quer prender, não é seguro: problematização da medida de segurança e da internação compulsória de pessoas em sofrimento psíquico.** In. CORREIA, L. C. PASSOS, R. G. Dimensão Jurídico-Política da Reforma Psiquiátrica Brasileira: Limites e Possibilidades. 1ª edição. Rio de Janeiro: Gramma Livraria e Editora, 2017.

VASCONCELOS, E.M. **Reinvenção da cidadania, Empowerment no campo da saúde mental e estratégia política no movimento de usuários.** In: AMARANTE, P., org. Loucura & Civilização: Ensaio: subjetividade, saúde mental, sociedade [online]. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, p. 169-199, 2000.

CAPÍTULO 10

REVISÃO NARRATIVA: UMA JORNADA ENTRE MATERNIDADE, GÊNERO E O USO DE SUBSTÂNCIAS PSICOATIVAS

Waleska Batista Fernandes

Alessandra da Rocha Arrais

Doi: 10.48209/978-65-5417-249-B

Resumo: Este artigo trata-se de uma revisão narrativa que objetivou apresentar os principais conceitos e teorias sobre a construção social da maternidade e gênero, relacionando com o uso de drogas por mulheres, que estão no ciclo gravídico-puerperal. A metodologia utilizada foi uma pesquisa teórica ampla e não sistematizada, organizada com base em diversas fontes. Utilizou-se tanto as bases de dados BVS, Scielo, LILACS, como as fontes literárias tradicionais com foco no uso de drogas por mulheres e a maternidade neste percurso, como autores e livros considerados “clássicos”. O resultado alcançado revelou a construção de três categorias a saber: 1) do dever de parir ao mito do amor materno: maternidade enquanto construção social; 2) a história do uso das substâncias psicoativas pelas mulheres na perspectiva de gênero; 3) uma santa mãe abstinência: maternidade e uso de substâncias psicoativas. Ao final, esta revisão apontou que o uso de drogas por mulheres mães precisa ser compreendido por uma visão ampliada considerando aspectos subjetivos, sociais e culturais envolvidos em cada caso específico. Reconhecer que mulheres, em exercício ou não da maternidade, podem utilizar substâncias psicoativas, e que este uso pode ter uma variedade de significados. Desde o uso recreativo, até o uso para lidar com o sofrimento, perdas e violências, ou para acompanhar o parceiro, entre tantos outros que não cabe julgar ou definir, mas compreender e ofertar apoio e cuidado em saúde, e principalmente em saúde mental.

Palavras-chave: gênero; gravidez; uso de substâncias psicoativas.

Introdução

A maternidade tem sido um rico campo de estudo acadêmico, sob diversas abordagens, como: a perspectiva de gênero, que estimula pensar e questionar o ser e o tornar-se mãe, como uma construção ideológica, sócio-histórica. E ainda, permite analisar como a categoria gênero se encontra submersa na subjetividade das mulheres, inclusive aquelas que fazem uso de drogas, que são o alvo de interesse desta revisão narrativa.

Ressaltamos, concordamos e defendemos que a maternidade é uma construção social e o ideal da maternidade passou por inúmeras transformações no decorrer dos séculos, segundo Badinter (1985). Dessa forma, esta narrativa irá traçar esse percurso de compreender a evolução social do conceito de maternidade, compreendendo a mãe-mulher enquanto ser social, com corpo performativo (Butler, 2015), que inclui vontades e desejos. Inclusive, pensar que em suas histórias de vida, pode ou poderá ocorrer o uso de substâncias psicoativas (lícitas/ilícitas).

Tais substâncias fazem parte da história da humanidade “desde que o mundo é mundo”, podendo seu consumo de forma abusiva estar associado ao sofrimento psíquico, ou ser gerador de sofrimento, a depender de inúmeros fatores subjetivos, sócio-políticos e culturais, que estas mulheres estejam inseridas.

Identifica-se um número significativo de trabalhos acadêmicos, ligados a este tema, que abordam o uso de substâncias psicoativas durante a gestação ou puerpério, porém em sua maioria abordam apenas o viés biologicista. Estes estudos têm como objetivo investigar os prejuízos desse uso, não apenas para a mulher, mas principalmente para os bebês. Isso sugere a existência de uma lacuna teórica no que diz respeito ao cuidado em saúde mental materno, voltado para mulheres gestantes, não restrito a visão proibicionista e vinculada à guerra às drogas (Malheiros, 2018).

Portanto, esta revisão tem como objetivo apresentar narrativas que abordam principalmente conceitos e teorias de autoras clássicas, como Badinter (1985; 2011), Joan Scott (1995), Butler (2015), Beauvoir (1980), bell hooks (2019; 2022) Chauí (1985), Del Priore (2006), assim como autoras mais recentes como Iaconelli (2012; 2023), Arrais (2005) e Zanello (2018), entre outras. Serão incluídas também produções acadêmicas que discutam questões de gênero e maternidade, uso de substâncias psicoativas por mulheres, incluindo aquelas que estão gestantes ou no puerpério.

Pretendemos então, com esta revisão narrativa, contar como as histórias das mulheres foram construídas e atravessadas subjetivamente por questões de gênero, destacando a mulher gestante, especialmente aquela que faz uso abusivo de álcool e outras drogas, não apenas como um “útero”, “amor incondicional” ou aquela que abnega de seus desejos em função do outro, e/ou pela via da criminalização e repressão do uso das drogas.

Cabe a reflexão sobre a mulher, enquanto gestante/puérpera que faz uso de drogas e que precisam ser pensadas e compreendidas em suas mais diferentes nuances, escutada em relação a sua história de vida, desejos, relações com pessoas, substâncias, dentre tantas outras relações que se estabelecem ao longo da vida.

Metodologia

Esta é uma revisão narrativa, uma vez que, conforme Rother (2007), refere-se a publicações amplas, apropriadas para descrever e discutir o desenvolvimento ou o “estado da arte” de um determinado assunto, sob ponto de vista teórico ou contextual.

Este trabalho baseia-se em informações obtidas por meio de uma pesquisa ampla e não sistematizada, mas organizada com base em diversas fontes. Utilizou-se tanto as bases de dados BVS, Scielo, LILACS, como as fontes lite-

rárias tradicionais relacionadas à temática do uso de drogas na sociedade, com foco no uso de drogas por mulheres e a maternidade neste percurso.

O conceito de gênero atravessa todo esse percurso teórico-metodológico, enquanto categoria analítica. Pois ao compreender o que é a categoria de gênero e como esta se constitui ao longo da história, requer trazer à tona definições de diversos autores que contribuíram para sua análise. Destacamos, em especial, a abordagem de Joan Scott (1995) sobre a temática de gênero, ao considerá-la como uma categoria construída historicamente.

Outra referência seminal, em relação a gênero neste trabalho, estará atrelada a visão de Butler (2015), que afirma que o gênero é um processo adquirido, sendo este uma construção social e cultural, performada em meio a estas estruturas.

Os dados serão apresentados por meio de três categorias, construídas após a leitura dos textos e agrupadas, por semelhança de temática/teorias apresentadas: 1) do dever de parir ao mito do amor materno: maternidade enquanto construção social; 2) a história do uso das substâncias psicoativas pelas mulheres na perspectiva de gênero; 3) uma santa mãe abstêmia: maternidade e uso de substâncias psicoativas.

Resultados

Categoria 1: Do dever de parir ao mito do amor materno: maternidade enquanto construção social.

A discrepância entre os sexos se manifesta através de tradições e da atribuição prévia de papéis, comportamentos e ocupações específicas para cada gênero, ou seja, como este gênero tem performado na sociedade. Essas normas variam de uma cultura para outra, ressaltando que elas não são aplicáveis universalmente.

Portanto, é importante reconhecer que não se deve presumir ou impor que aspectos de ordem biológica determinem de maneira inquestionável o destino social humano, seja em termos de valor ou poder (Iaconelli, 2012). Assim, pensar a maternidade como uma construção social, indica compreender, também, a relação à definição espacial do corpo da mulher.

Chauí (1985) afirma que na sociedade cristã o lugar socialmente construído para a mulher seria o da maternidade, para que através da submissão ao homem e das dores do parto e da árdua luta da responsabilidade pelos filhos, a mulher poderia pagar pelo erro de ter introduzido o pecado no mundo, na configuração “mundana” de Eva e repará-lo ao se aproximar da configuração divina da Virgem Maria. Essa construção tem se dado de forma “naturalizada”, pois ocorre de tal maneira que os membros da sociedade não reconhecem que sofrem esta ação, que é proposital e ideologicamente intencional.

Assim, a “naturalização” desse processo, se dá de forma “invisibilizada” pela imposição nos moldes judaico cristão, que define essencialmente a posição materna como função identitária da mulher. Uma vez que as mulheres, que não são evocadas para este sentido/função maternal, são tidas como desumanas, anormais, materialistas, dentre outras atribuições, de caráter pejorativo, assinaladas pela sociedade.

A permanência da ideologia naturalizadora é nítida no caso das mulheres, cujo corpo é invocado como uma determinação natural. É possível notar que o corpo feminino parece ser um elemento natural irreduzível, fazendo com que a mulher permaneça essencialmente ligada ao plano biológico para a procriação e ao plano da sensibilidade para as emoções, apontando para a maternidade enquanto destino, conforme Chauí (1985).

Portanto, é cabível apontar que o gênero determinará ao longo da vida dos indivíduos as posições, as oportunidades, que refletem diretamente numa posição e atribuição dos corpos. Como afirma Lavinias (1997, p. 16 apud Ma-

deira, 1998) “todo indivíduo é sexuado e que é nessa condição irreduzível que virá a situar-se no mundo, ter oportunidades, escolhas e trajetórias”.

A fim de uma melhor compreensão de como esta perspectiva de maternidade se efetua na modernidade, para melhor compreendê-la, é interessante convocar as obras de Elisabeth Badinter: “Um amor conquistado: o mito do amor materno” (1985) e “O conflito: a mulher e a mãe” (2011).

Em “O Mito do amor materno” Badinter (1985) estuda o amor materno na sociedade francesa entre os séculos XVI e XVII, na qual, a autora encontra relatos e situações que vão de encontro à concepção biologicista e cristã do amor materno como inerente à condição feminina. Contudo, a autora não irá dizer que tal sentimento não existe ou é utópico, mas descaracteriza-o enquanto fator obrigatório e instintivo à mulher, enfatizando principalmente que o amor, tanto materno quanto de outra modalidade, só pode ser construído pela vivência, que é sempre atravessada por uma cultura e um momento histórico.

A própria autora demonstra que as dificuldades de dialogar sobre este assunto está na repugnância que se tem em pensar que o amor materno não é deferível, não é natural e inerente às mães, visto que nos recusamos a questionar o amor absoluto que nos foi desprendido por nossa própria mãe

Contudo, na Europa e em especial na França no século XVII, o cuidado com os filhos não era destinado às mães, tendo, portanto, uma desvalorização do amor materno. Uma vez que, nesta sociedade, era comum que se enviassem as crianças para a casa de amas-de-leite (camponesas que amamentavam os filhos). Esta prática era generalizada entre as famílias burguesas, uma vez que essas mulheres se ocupavam com compromissos sociais, realizando seus desejos e ambições, e também entre as mulheres pobres urbanas, que tinham de trabalhar arduamente nas cidades.

Pode-se perceber que a maternidade nesta época não era atrativa, e práticas como a amamentação, os cuidados com higiene, educação e a maternagem

de uma forma geral não eram interessantes à mulher e, desta forma, não era natural a mãe.

É um tanto curioso ainda perceber que inúmeros relatos de mães que quando iam saber de notícias de seus filhos, isso três ou quatro anos depois de os haverem entregue para as amas, estes já haviam morrido. Isso, contudo, não era motivo para alardes, desespero, e a notícia era encarada com certa naturalidade, uma vez que perder uma criança era perder um ser inacabado e imperfeito, que não tinha muito valor em si.

Banditer (1985) relata que inúmeras crianças morreram sem ter conhecido suas mães. Aquelas que retornavam à família anos mais tarde descobriam algo estranho, e não há provas de que essas mulheres as recebiam com festas ou com a ternura materna que, nos dias atuais, é considerada natural.

Em alguns documentos históricos é possível ainda encontrar que a relação entre mães e filhos era composta por certo desinteresse e até mesmo por certa frieza, que era interpretada pelo seguinte fato: como seria possível se interessar por um pequeno ser, que tinha grande probabilidade de não viver nem mesmo por um ano? Sendo, portanto, que essa frieza dos pais poderia ser vista como uma espécie de proteção sentimental, para que a perda do filho não gerasse sofrimento, uma vez que, em até os fins do século XVIII na Europa as taxas de mortalidade infantil eram superelevadas.

Sobre a mortalidade infantil neste período, Badinter (1985) destaca a falta de condições de higiene a que essas crianças eram expostas. Por dias ficavam com as mesmas roupas, enfaixadas devido à moleza do corpo, faixa essa que comprimia os pulmões, sufocando-as; assim como, a criança, que ainda poderia ficar por horas ou dias sujas com seus excrementos. As amas, por sua vez, eram mulheres pobres, muitas vezes doentes e malnutridas, sofrendo de sífilis, por vezes portadoras de escrófulas e escorbuto, e essas enfermidades, por sua vez, alteraram e contaminam o leite humano que era dado aos bebês que estavam sob seus cuidados.

Mediante tais condições, podemos considerar inviável manter um grande número de crianças vivas, e a mortalidade infantil era uma sombra que pairava pela Europa. Diante desse cenário, que colocava em risco o crescimento geográfico e manutenção da população europeia, Badinter (1985) ressalta que, após 1760, eclode um número significativo de publicações que passam a recomendar que as mulheres cuidassem de seus próprios filhos. Estas orientações eram pautadas no dever e na obrigação pela prole, ou seja, na obrigação de ser mãe acima de tudo, e não apenas uma genitora.

No fim do século XVIII, o amor materno então eclode como um novo conceito na sociedade, como um valor ao mesmo tempo natural e social, favorável ao desenvolvimento em sociedade, numa promessa que, ao ser uma boa mãe, essa mulher será feliz e respeitada, tornando-se assim um elemento indispensável à sociedade.

Inconscientemente, algumas delas perceberam que ao produzir esse trabalho familiar necessário à sociedade, adquiriram uma importância considerável, que a maioria delas jamais tivera. Acreditaram nas promessas e julgaram conquistar o direito ao respeito dos homens, o reconhecimento de sua utilidade e de sua especificidade. Finalmente, uma tarefa necessária e “nobre”, que o homem não podia, ou não queria, realizar (Badinter, 1985).

É a partir deste ponto que a sociedade conclama para exaltação da mãe ideal, mulher dedicada exclusivamente aos filhos. Mas não foi tarefa fácil convidar as mulheres a aceitar e naturalizar este papel, inúmeras eram as “ameaças” embutidas em forma de discursos. Um alarmante discurso econômico, dirigido apenas aos homens, um discurso filosófico comum aos dois sexos e, por fim, um terceiro discurso que exaltava a maternidade divina e exclusiva, dirigido às mulheres.

O discurso econômico enfatiza que o crescimento demográfico era essencial uma vez que é indiscutível a importância da população para um país sendo, portanto, viável reduzir o número de mortes, através da retomada da função de

mãe da mulher, esquecida há séculos. Esse discurso, portanto, foi complementado por outro um tanto quanto comovedor.

A fim de que homens e mulheres se conscientizassem da importância da maternidade e das crianças, o discurso filosófico da igualdade entre os povos entra em ação. Assim, mesmo que não fosse uma igualdade juridicamente legal entre homens e mulheres, essa nova filosofia do século XVIII aproximou consideravelmente as famílias, com a valorização do amor e das crianças no seio familiar.

E o discurso com maior repercussão para a mulher, em forma de ameaça, uma vez que se dizia que se a mulher tinha seios, esses não seriam para beleza ou prazer, mas para o serviço na nutrição. Assim, se as mulheres não aderissem ao novo papel essa imposição seria combatida com as possibilidades dessa contrair mazelas como o câncer ou o pior: o castigo de Deus. E nesse contexto, aos poucos, a mulher vai aceitando a privação da sua liberdade em favor do filho e o papel de principal cuidadora.

Esta aproximação do amor e da família tem suas repercussões nas performances do feminino, balizadas pelos contextos sócio históricos que as permeiam, que serão discutidas posteriormente. Mas desde já, levantamos a seguinte questão, que permeia toda essa narrativa: essa mulher, que volta ao centro afetivo da família, pode ter desejos para além da alegria com os filhos e o marido? Poderia ela entorpecer-se como fonte de prazer? E se ela quiser fazer uso de substâncias psicoativas, seu desejo seria ainda mais proibido/cerceado/condenado?

Badinter (2011) argumenta que, ao longo do século XX, a psicologia e a medicina começaram a enfatizar a importância do instinto materno como uma característica inata e biológica das mulheres. Essa redescoberta do instinto materno levou a uma pressão social para que as mulheres fossem mães “naturais” e “instintivas”, o que, por sua vez, aumentou a expectativa de que elas deveriam se dedicar exclusivamente à maternidade, e saberiam fazê-lo instintivamente.

A autora critica essa ideia, argumentando que o conceito de instinto materno é problemático, pois reforça estereótipos de gênero e coloca uma carga excessiva sobre as mulheres, limitando suas escolhas e oportunidades na vida.

A psicanálise contribui ainda significativamente para que se construa uma imagem da mulher como personagem central da família. No discurso de que a mãe era diretamente responsável pelo equilíbrio psíquico da criança, uma vez que o inconsciente se constitui na primeira infância.

Badinter (2011) aponta que a sociedade impõe a ideia de que o bebê é uma prioridade absoluta na vida das mulheres, e essa expectativa é reforçada por muitos aspectos da cultura contemporânea. Ela analisa como a amamentação exclusiva e sob livre demanda, a atenção constante aos cuidados do bebê e a ênfase na presença materna são aspectos que podem criar pressões significativas sobre as mulheres.

A autora também discute como a ideia de que o bebê deve ser a principal preocupação das mães pode contribuir para o sentimento de culpa e para a sobrecarga emocional das mulheres, limitando sua autonomia e suas oportunidades fora do papel de mãe. Nesse aspecto, como pensar a mulher-mãe que sente prazer para além da relação mãe e filho, e tem outros interesses, como fazer uso de substâncias psicoativas? Para esta reflexão, apontaremos na categoria a seguir sobre o uso das substâncias psicoativas, e como esse uso pode se entrelaçar com gênero e maternidade.

Categoria 2: A história do uso das substâncias psicoativas pelas mulheres, na perspectiva de gênero.

Antes de abordar sobre o uso de drogas pelas mulheres, discorreremos e problematizaremos sobre o uso das substâncias psicoativas na sociedade. Para este debate dialogando com Carl Hart (2014), neurocientista e professor universitário, que tem estudado o uso de drogas e seu impacto na sociedade. Em seu livro “High Price: A Neuroscientist’s Journey of Self-Discovery That Challenges Everything You Know About Drugs and Society” (Preço Alto: A Jornada

de Autodescoberta de um Neurocientista que Questiona Tudo o que Você Sabe sobre Drogas e Sociedade), ele apresenta uma perspectiva crítica sobre a relação entre drogas e sociedade.

Hart (2014) argumenta que é importante entender o contexto em que as pessoas usam substâncias. Ele enfatiza que nem todas as pessoas que usam drogas têm problemas de abuso ou dependência, e que muitas pessoas fazem uso recreativamente, sem experimentar problemas significativos em suas vidas. O autor desafia estereótipos sobre usuários de drogas, particularmente aqueles relacionados à raça e classe social. Ele argumenta que a maioria das pessoas que faz uso de substâncias não são criminosos ou socialmente desajustadas, e que a criminalização das drogas tem impactos desproporcionais em comunidades marginalizadas historicamente.

Lembramos ainda que o uso de drogas não é uma questão da nossa sociedade atual, mas existe na sociedade desde os seus primórdios e primeiros registros. Conforme Velho (2010), o uso de substâncias psicoativas (SPA) acompanha a humanidade ao longo do seu processo evolutivo, em todas as partes do mundo e em todas as culturas e sua prática é milenar e universal. Através desse uso, os homens buscaram a cura dos males, alívio de sintomas, diminuição de ansiedades, alteração da consciência e obtenção do prazer.

De acordo com a Organização Mundial da Saúde (OMS, 2017), o termo “droga” refere-se “a qualquer entidade química ou mistura de entidades que altere a função biológica e possivelmente a estrutura do organismo”. No entanto, por ter variantes biopsicossociais, a análise do efeito de qualquer substância deve sempre ter como pauta central a relação entre o sujeito e o objeto, não podendo, assim, ser resumida a um padrão biológico, conforme adotado por manuais de diagnósticos de doenças como o Diagnostic and Statistic Manual V (DSM V) e a Classificação Internacional de Doenças 10 (CID 10).

Destacamos a opção, ao longo desta produção teórica, pela utilização do termo Substância Psicoativa - SPA, conforme orientações do Manual do Conse-

lho Federal de Serviço Social de 2016 intitulado “Assistente Social no combate ao preconceito”. Culturalmente, observa-se que o termo “droga” afastou-se de sua origem etimológica, representada por “folha seca” em holandês antigo (*droog*). Ele passou a ser empregado como sinônimo de algo intrinsecamente prejudicial, sendo utilizado principalmente para referir-se aos psicoativos ilícitos, ou seja, às substâncias proibidas por lei (drogas ilegais) (Conselho Federal de Serviço Social, 2016).

Desse modo, o uso cotidiano do termo droga, desenraizado de seu significado original, tem contribuído para fomentar algumas confusões, reducionismos e estigmas. Muitas vezes, o uso do termo droga expressa uma visão que pretende atribuir às substâncias em si um poder de dominação abismal. Poder que, mesmo nas situações de dependência severa, é cientificamente infundado, já que o uso, o abuso ou a dependência de psicoativos resultam de interações que envolvem determinada substância, o indivíduo singular e condições sociais particulares.

O termo droga tem contribuído também para naturalizar um tratamento desigual entre usuários dessas substâncias. Desta forma, o uso do termo científico SPA, será a escolha desta produção.

Assim, como o termo ‘droga’ não cabe pelo seu viés reducionista, iremos nos referir à pessoa que faz uso da substância psicoativa, prezando pelo compromisso ético desta revisão narrativa. Evitaremos termos como “drogado” ou dependente químico, ou qualquer outro termo que reduza a pessoa em sua totalidade de ser social.

Cabe, então, problematizar o uso nocivo de substâncias psicoativas na sociedade, o que tem sido ou deveria ser alvo das políticas públicas de saúde e educação. A história da humanidade já nos revelou que o modelo de “guerra às drogas” está fadado ao fracasso e não compreende os indivíduos em seu arcabouço histórico, conforme Hart (2014). Esta tem tido um impacto desproporcional entre pessoas negras e pobres, contribuindo para o encarceramento

em massa. Malheiros (2018) argumenta que a colonialidade, marcada pela hierarquização das raças, influencia a política de drogas no Brasil, que reproduz a opressão racista e sexista. Além disso, a autora aborda como a mídia e a ciência proibicionista contribuíram para a construção e manutenção de mitos e estereótipos sobre as substâncias psicoativas.

Malheiros (2018) ainda aponta que a mulher e seu corpo, na “guerra contra as drogas”, perpetra diversas formas de violências que atravessam suas histórias de vida, principalmente das que fazem uso de drogas mais estigmatizadas como o crack ou estão em situação de rua. Aprofundaremos sobre a construção subjetivas das mulheres e o uso de substâncias, na próxima subcategoria.

De acordo com o relatório de saúde mental da OMS, de 2022, das 970 milhões das pessoas que vivem em sofrimento psíquico no mundo, 52,4% são mulheres. Os transtornos depressivos e de ansiedade são mais comuns em mulheres do que em homens ao longo da vida. Enquanto os homens são mais propensos a transtornos decorrentes do uso abusivo de substâncias psicoativas (Fórum DCNTs, 2022).

Analisando esses dados, percebe-se o maior consumo de álcool por homens do que por mulheres. Indo ao encontro da tese de Albuquerque (2020) na qual aponta que, nas investigações sobre sofrimento psíquico, há uma disparidade de gênero, com mais estudos focando nas mulheres. Isso ocorre porque os homens tendem a reprimir suas questões de saúde mental, devido à repressão emocional promovida pelo sistema patriarcal. Essa repressão pode levar muitos homens a recorrerem ao uso excessivo de álcool como uma expressão da masculinidade, e para “tratar” seus problemas (não assumidos ou subdiagnosticados) de saúde mental

O modelo de masculinidade hegemônica, que valoriza a força e a falta de expressão emocional, afeta a produção do sofrimento psíquico, e o abuso de álcool muitas vezes é uma forma de lidar com essa “falta de expressão” dos sentimentos. Portanto, o autor ressalta como as expectativas de gênero e as nor-

mas sociais relacionadas à masculinidade afetam a saúde mental e o comportamento dos homens em relação ao álcool e que o uso abusivo deste pode estar, na verdade, encobrindo uma grande demanda de cuidados para saúde mental dos homens.

Nesta mesma perspectiva da construção do sofrimento psíquico gendrada nas performances de gênero, abordaremos o uso abusivo de substâncias psicoativas por mulheres, também pelo olhar da origem do sofrimento psíquico a partir das construções subjetivas do ser mulher.

Apontamos para processo de subjetivação da mulher na abordagem sócio-histórica, considerando a categoria de sentido subjetivo conforme definida por Arrais (2005) como um processo que transcende a representação consciente do sujeito, envolvendo a integração de significados, processos simbólicos e emoções.

Essas unidades auto organizadas da subjetividade consistem em complexas combinações de emoções e símbolos associados a diferentes aspectos da vida do sujeito. As emoções se conectam a diversos registros simbólicos ao longo da história de vida do sujeito. Este é produzido em um espaço simbólico, que pode ser social e historicamente construído, podendo variar de uma pessoa para outra.

Simone de Beauvoir, em 1949, foi a primeira a questionar como as estruturas sociais moldam a identidade feminina, destacando a submissão das mulheres pelos homens. Nas pesquisas acadêmicas sobre o uso de drogas por mulheres percebe-se que estas ainda são estigmatizadas, como se o uso de drogas determinasse sua existência, refletindo a persistência das construções culturais que colocam as mulheres em posições subalternas.

A análise de Beauvoir (1980) sobre a condição feminina destaca como a cultura hierarquiza as relações de gênero. É importante aplicar essa perspectiva a diferentes contextos culturais, pois cada sociedade possui suas concepções locais sobre a feminilidade, não determinadas pela biologia. No contexto desta

revisão narrativa, ser mulher envolve diversas questões, sendo notável a capacidade de reinventar a vida mesmo diante de múltiplas formas de violência.

Para Zanello (2018), numa cultura sexista no qual o binarismo está imbricado nas relações sociais, é importante destacar que há as emoções permitidas e legitimadas para homens e para mulheres, dentro das performances construídas para tais. Tornar-se homem e tornar-se mulher nessas culturas implica em pedagogias afetivas distintas.

Desta forma, a autora aponta a existência de dispositivos apreendidos e interpostos na história da humanidade, sendo que para as mulheres destacam-se os dispositivos amorosos e maternos.

Quanto ao dispositivo amoroso, anteriormente vimos a disposição afetiva da mulher dentro do casamento, que até certo período da história não se dava pautado nas relações afetivas, com o decorrer do tempo, inclusive sob a influência da leitura e escrita, o amor romântico é retratado e consumido, assim também como nesse ambiente de fetiche e consumo a aparência da mulher, e como meio de valorização perante as relações amorosas. Com enfoque, que o homem e o amor devem ser o centro da vida destas.

Na atualidade, o dispositivo amoroso é caracterizado como um construto. Este dispositivo é permeado pela prisão estética, que além de impactar a autoconfiança e autoestima das mulheres orienta sonhos e propósitos. Isto coloca em cheque sua validade enquanto mulher pelo olhar dos homens, que as colocam numa espécie de “prateleira do amor”. Esse comportamento não apenas coloca os homens numa posição de escolha e consumo (e de empoderamento), mas também coloca as mulheres numa posição de rivalidade entre si e enaltece a objetificação sexual.

O capítulo “Nosso Corpo, Nosso Ser” do livro “O Feminismo é para Todo Mundo”, bell hooks (2022) explora a importância do corpo feminino na luta feminista. hooks argumenta que a opressão das mulheres está profundamente enraizada na sociedade e frequentemente manifesta-se em sua relação

com seus próprios corpos. Ela destaca que a sexualidade das mulheres tem sido historicamente controlada e reprimida, frequentemente para servir aos interesses masculinos.

hooks também aborda a questão da objetificação do corpo feminino na cultura popular e como isso perpetua estereótipos prejudiciais de feminilidade. Ela argumenta que a verdadeira liberdade feminina só pode ser alcançada quando as mulheres têm controle sobre seus próprios corpos e sexualidade, livres de julgamentos e restrições externas.

Dessa forma, quanto mais distante do ideal estético, mais vulnerável essa mulher pode encontrar-se emocionalmente, destacando, ainda, que em mulheres negras as marcas do racismo perpassam todos esses aspectos, no qual as mulheres negras são objetificadas sexualmente. Racismo este apoiado em anos de exploração sexual de mulheres negras e os afetos dos homens guardados as mulheres brancas, conforme bell hooks (2019) aborda brilhantemente em “E eu não sou uma mulher? mulheres negras e feminismo”.

Assim, quando estudamos as mulheres, não podemos cometer o erro de considerar a mulher branca e de classe alta como o único modelo válido. As experiências de trabalho, lutas e resistência das mulheres negras e indígenas são muito diferentes das experiências das mulheres brancas. Especialmente em uma sociedade como a brasileira, que foi profundamente moldada pelo histórico de escravização de pessoas, é fundamental compreender como os fatores sociais, como raça e classe, influenciam a identidade e a realidade das mulheres e a constituição de seus dispositivos amorosos.

Outro ponto a ser destacado por Zanello (2018) trata-se do dispositivo materno, que tem como base histórica a construção de maternidade abordada anteriormente, refere-se à naturalização da capacidade de cuidar nas mulheres e os desdobramentos deste cuidado. Assim a mulher, mesmo que sem filhos, deverá cuidar de alguém, resultante assim na sobrecarga da mulher, ou ainda do sofrimento advindo por não se encaixar no padrão mulher-mãe.

Posto os percalços que constroem a subjetivação e por sua vez que podem ser bases do sofrimento psíquico que permeiam mulheres em sua performance de gênero, cabe também refletir sobre o uso de substâncias psicoativas por elas, como este uso pode “destoar” do que lhe foi atribuído socialmente enquanto constructo social e como também (e nem sempre) podem falar de suas relações subjetivas.

Por fim, traremos o que Medeiros (2017) aborda sobre a representação social de mulheres que fazem uso de drogas, o autor afirma que a mulher que faz uso de drogas está representada pelo viés da periculosidade e da falta de controle sobre si, ancorada em elementos representacionais objetivados na ruptura de comportamentos pautados nas normas sociais, distanciando-se, assim, dos papéis sociais atribuídos ao feminino, num movimento de desvalorização moral da figura da mulher.

Portanto, essas representações impactam ainda na forma como essas mulheres lidam com a dependência em relação às substâncias, repercutindo na inclusão sócio familiar destas mulheres e na representação de seus papéis sociais.

Categoria 3: Uma santa mãe abstinência: maternidade e uso de substâncias psicoativas

Conforme afirma Diniz (1999), o ciclo vital da mulher é marcado por períodos críticos, sendo eles identificados pela adolescência, gravidez e climatério, nos quais aponta-se também para o desenvolvimento da personalidade, mudanças hormonais e reajustamentos psíquicos e intrapsíquicos. Nesse contexto, o uso, o abuso de álcool e outras drogas, pode permear estes ciclos, inclusive o da gravidez, mesmo sendo algo “condenado” pela sociedade, há de se pensar que esta mulher não apaga seus desejos anteriores à gestação. Modelo feminino permeado pelo constructo histórico de maternidade que dialogamos no início desta obra.

Arrais (2005) argumenta que historicamente, as mulheres foram submetidas a uma transformação de serem consideradas insaciáveis para quase asse-

xuadas. Elas eram vistas como frígidas e incapazes de experimentar prazer e orgasmo, sendo apenas fisicamente capazes de procriar, desde que dentro do contexto do casamento e sem experimentar prazer sexual. A autora também destaca que, ao analisar a mulher medieval e sua relação com a Igreja, percebe-se que a construção contemporânea de figuras como Eva e Virgem Maria carrega uma ambiguidade que persiste até os dias de hoje.

Arrais (2005) aponta que mulheres são frequentemente responsabilizadas pela noção do bem e do mal devido à sua curiosidade imprudente e ao desejo sexual considerado incontrolável. Ao mesmo tempo, são vistas como as responsáveis pela continuação da espécie humana e pela redenção parcial através da procriação. Como apontado no início desta narrativa a pontuação de Chauí (1985) sobre a naturalização do corpo da mulher para a maternidade. Portanto, como pensar essa mulher, mãe, e seu corpo posto também para o uso de substâncias psicoativas?

Primeiramente, abordaremos os resultados relacionados aos aspectos biológicos, conforme evidenciados em algumas publicações. Moreira (2022), por meio de uma revisão sistemática de literatura abrangendo o período de 2011 a 2021, destaca como principais descobertas os riscos associados ao uso de crack durante a gestação. Em relação às mulheres grávidas, identifica-se o uso de substâncias como um obstáculo ao acesso aos sistemas de saúde. Observa-se, assim, uma prevalência de baixa adesão ou ausência de acompanhamento pré-natal durante a gestação, resultando em maior exposição a infecções sexualmente transmissíveis, aumento nos índices de aborto, prematuridade, baixo peso ao nascer e complicações no desenvolvimento fetal e neonatal.

Na obra de Camargo e Martins (2014), uma revisão bibliográfica cujos descritores são: cocaína, crack, recém-nascido, feto e gravidez, foi observado que a maioria das publicações enfatizava os efeitos do uso de crack durante a gestação como predominantemente relacionados a causas biológicas, em vez

de problemas sociais, simplificando, assim, a questão. Esta pesquisa aponta ainda, de forma “polêmica”, dados de estudos que sugerem que a amamentação por mães que fazem uso de drogas deve ser incentivada, pois os benefícios para o bebê superam qualquer risco e o prolongado contato físico entre a mãe e seu filho.

Esse viés pode ser atribuído à origem da maioria dos estudos na área médica, com pouca pesquisa no campo da socioantropologia. Camargo e Martins (2014), apontam para um estudo conduzido pela médica neonatologista Gabrielle Cunha, da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFGRS), que investiga o uso de drogas durante a gravidez desde 1994, constatou que os bebês expostos ao crack durante o período fetal não necessariamente nascem dependentes da droga. Até o momento, não há comprovação científica de que esses bebês desenvolvam abstinência na ausência da substância, de acordo com a pesquisadora.

No que tange aos determinantes sociais, apontaremos para o trabalho de Crisóstomo (2022), que traz dados referente a determinantes sociais na análise de 344 prontuários entre os anos de 2015 a 2018 no Ceará. Sobre o uso de drogas psicoativas, a mais presente entre a população estudada foi o uso de álcool, 12 (3,5%), seguido do uso de drogas ilícitas, 9 (2,6%) e do tabagismo, 8 (2,3%). Quanto aos dados obstétricos, a maioria teve até três gestações, 271 (78,8%), era nulípara, 199 (57,8%), e nunca teve aborto, 287 (83,4%). Em relação ao Pré Natal, a maioria das participantes não realizou o número de consultas mínimas preconizadas, 177 (51,5%), bem como iniciaram a consulta PN após 12 semanas de gestação.

Quanto aos Determinantes Proximais, como comportamentos capazes de interferir nas condições de saúde das gestantes, o autor destaca o fato de multigestas atrelarem-se à maior prevalência de etilismo, um comportamento de risco. Aponta-se que mulheres com mais filhos consomem mais bebidas alcoólicas, quando comparadas às que têm menos filhos.

Com relação aos aspectos subjetivos, destacamos a culpa materna, identificando que, conforme Zanello (2018), a culpa é o novo dispositivo de opressão e controle social das mulheres na atualidade, este sentimento é apontado na pesquisa de Camargo (2018), na qual relata que algumas mulheres quando descobrem que estão grávidas enquanto são usuárias de substâncias psicoativas frequentemente experimentam sentimento de culpa. Elas relatam tentativas infrutíferas de parar de usar a substância. Esse consumo causa conflitos internos, pois essas mulheres geralmente estão cientes de que suas ações podem prejudicar o feto e que, ao nascer o filho, elas não serão um “bom exemplo de mãe”.

Um outro ponto a se destacar, se refere a “impossibilidade civil” de uma mulher que faz uso de drogas para exercer a maternidade. Na pesquisa de Malleiros (2018), ela afirma que há um consenso de que mulheres como as entrevistadas por ela enfrentam desafios significativos para exercer a maternidade nesse contexto. Isso se baseia em suas próprias experiências de ter filhos retirados logo após o nascimento, bem como em casos de conhecidas que também não conseguiram garantir o direito à maternidade.

Algumas mulheres, em situação de vulnerabilidade, em sua maioria, optaram por dar à luz na rua, junto com seus amigos, com medo de que a maternidade/hospitais lhes tirasse o bebê devido ao uso de drogas, como o crack. No entanto, muitas dessas mulheres perderam seus laços familiares, o que torna difícil ou impossível contar com a família nuclear. Portanto, é importante que as instituições de maternidade e o sistema judicial considerem outras formas de apoio familiar, para além da família nuclear, a fim de atender às necessidades dessas mulheres.

Em relação aos cuidados a mulheres gestantes que fazem uso de substâncias psicoativas, a publicação de Marcolino (2018) aborda deficiências no cuidado em saúde direcionado a mulheres envolvidas com o uso de substâncias psicoativas (SPA). O foco do cuidado foi principalmente na gravidez, negligenciando aspectos relacionais e de comunicação. Os profissionais de saúde muitas

vezes não demonstraram interesse ou envolvimento, incluindo a falta de apoio informacional. As mulheres sentiram que não eram reconhecidas como pessoas com direitos, sendo estigmatizadas. Isso resultou em relações de cuidado com pouca empatia e intersubjetividade. As mulheres desejavam ser tratadas como indivíduos, com suas histórias e contextos de vida considerados, e pediam paciência, interesse e honestidade na relação com os profissionais de saúde.

Nesse contexto, percebe-se que é desafiador pensar que uma mulher-mãe possa fazer uso de substâncias psicoativas, e aqui não queremos defender ou demonizar este uso, apenas refletir como isto tem sido posto para a sociedade, para profissionais de saúde, para a família. Quais os medos e ansiedades circundam suas histórias de vida e qual papel as substâncias têm ocupado neste aspecto. Tornar-se mãe tira-lhes o viés de ser desejante? E se o desejo da mulher for de parar o uso por um tempo, ou reduzir o dano desse uso, estamos preparados para este diálogo?

Considerações Finais

Ao longo da história da humanidade, nos parece que desejo e representações sociais andaram entrelaçadas. Sempre perpassadas pelos ditos dos sistemas sociais e financeiros e ideologias vigentes do período. O que não foi diferente para a maternidade, para a construção de gênero de homens e mulheres e tão pouco para a relação destes com as substâncias psicoativas em seus momentos de alegria, tristeza, ócio ou lazer.

Pensar, portanto, o uso de substâncias por diferentes atores sociais implica considerar suas histórias de vida, evitando abordagens reducionistas ou estigmatizantes. Reconhecer que mulheres, em exercício ou não da maternidade, podem utilizar substâncias psicoativas, e que este uso pode ter uma variedade de significados. Desde o uso recreativo, até o uso para lidar com o sofrimento, perdas e violências ou para acompanhar o parceiro, entre tantos outros que não

cabe julgar ou definir, mas compreender e ofertar apoio e cuidado em saúde, e principalmente, em saúde mental.

Portanto, é fundamental que as políticas públicas nas áreas de educação, assistência social, saúde e trabalho estejam abertas a este debate. Isso permitirá a criação e o fortalecimento de espaços de participação e controle social, financiamento e estruturação de políticas que ofereçam apoio a essas mulheres no exercício de suas vivências. Isso inclui disponibilizar espaços de tratamento e escuta com equipes qualificadas, bem como tantos outros espaços de fortalecimento do protagonismo feminino e rede de apoio.

Referências

ALBUQUERQUE, Fernando P. de. **Sufrimento mental e gênero: os homens e o cuidado na rede de atenção psicossocial**. 2020. Tese (Doutorado em Medicina Preventiva) - Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2020. Disponível em: <https://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/5/5137/tde-09022021-094039/publico/FernandoPessoadeAlbuquerque.pdf>. Acesso em: 20 out. 2023

ARRAIS, Alessandra. D. R. **A configuração subjetiva da depressão pós-parto: para além da padronização patologizante**. 2005. 158 f. Tese (Doutorado em Psicologia) - Instituto de Psicologia, Universidade de Brasília, Brasília, 2005. Disponível em: https://repositorio.unb.br/bitstream/10482/14011/1/2005_AlessandraRochaArrais.pdf. Acesso em: 10 out. 2023.

BADINTER, Elizabeth. **O conflito: a mulher e a mãe**. Tradução: Vera Lucia dos Reis. Rio de Janeiro: Record, 2011.

BANDITER, Elizabeth. **Um amor conquistado: o mito do Amor Materno**. Tradução: Waltersén Dutra. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1985.

BEAUVOIR, Simone. **O Segundo Sexo: fatos e mitos**. Tradução: Sérgio Millet. 4. ed. São Paulo: Difusão Européia do Livro, 1980.

BUTLER, Judith. **Relatar a si mesmo. Crítica da violência ética**. Belo Horizonte: Autêntica, 2015.

CAMARGO, P. E.; MARTINS, M. F. D. Os efeitos do crack na gestação e nos bebês nascidos de mães usuárias: Uma revisão bibliográfica. **Cadernos Brasileiros de Terapia Ocupacional**, São Carlos, v. 22, n. 1SE, p. 161-169, 2014. Disponível em: <https://www.cadernosdeterapiaocupacional.ufscar.br/index.php/cadernos/article/view/1047/531>. Acesso em: 10 set. 2023.

CAMARGO, Paola. et al. O enfrentamento do estigma vivido por mulheres/mães usuárias de crack*. **Revista Eletrônica Saúde Mental Álcool e Drogas**, Ribeirão Preto, v. 14, n. 4, p. 196-202, dez. 2018. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/smad/v14n4/02.pdf>. Acesso em: 28 set. 2023.

CHAUÍ, Marilena. Participando do debate sobre mulher e violência. In: CARDOSO, R.; PAOLI, M. C. (Orgs.). **Perspectivas Antropológicas da Mulher**, Rio de Janeiro: Zahar, 1985.

CONSELHO FEDERAL DE SERVIÇO SOCIAL. **Assistente Social no combate ao preconceito. O estigma do uso de drogas. Caderno 2**. Brasília, DF: CFESS, 2016. Disponível em: <https://www.cfess.org.br/arquivos/CFESS-Caderno02-OEstigmaDrogas-Site.pdf>. Acesso em: 28 out. 2023.

COSTA, Jurandir. **Ordem médica e norma familiar**. Rio de Janeiro: Graal. 1989.

CRISÓSTOMO, Barbara. et al. Determinantes sociais da saúde e o uso de drogas psicoativas na gestação. **Acta Paulista de Enfermagem**, v. 35, p. eAPE0340345, 2022. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/ape/a/Hs3m-Vc3c4cdV3t5GwQhjDSS/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 25 out. 2023.

DEL PRIORE, Mary. **História do Amor no Brasil**. 2. ed. São Paulo: Contexto, 2006.

DEL PRIORE, Mary. **Sobreviventes e guerreiras: uma breve história da mulher no Brasil de 1500 a 2000**. São Paulo: Planeta, 2020.

DINIZ, Glaucia. **Condição feminina: fator de risco para a saúde mental? Escola, saúde e trabalho: Estudos psicológicos**, Brasília. 1999.

FÓRUM DCNTs. Organização Mundial de Saúde Pública. **Relatório Mundial de Saúde Mental. 2022**. Disponível em: <https://www.forumdcnts.org/post/oms-publica-relatorio-mundial-de-saude-mental>. Acesso em: 22 out. 2023.

FOUCAULT, Michael. **História da sexualidade I: a vontade de saber**. Rio de Janeiro: Graal, 1988.

GOMES, E. R. B.; BRILHANTE, A. V. M. Contações femininas: gênero e percepções de mulheres dependentes químicas. **Saúde e Sociedade**, v. 30, n. 4. 2021. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0104-1290202201050>. ISSN 1984-0470. Acesso em: 28 set. 2023.

HART, Carl. **Um preço muito alto: a jornada de um neurocientista que desafia nossa visão sobre drogas**. Tradução: Clóvis Marques. Rio de Janeiro: Zahar, 2014.

hooks, bell. **E eu não sou uma mulher? Mulheres negras e feminismo**. Tradução: Bhuvli Libanio. 9. ed. Rio de Janeiro: Rosa dos Tempos, 2019.

hooks, bell. **O feminismo é para todo mundo: políticas arrebatadoras**. Tradução: Bhuvli Libanio. 19. ed. Rio de Janeiro: Rosa dos Tempos, 2022.

IACONELLI, Vera. **Mal-estar na maternidade: do infanticídio à função materna**. 2012. 130 f. Tese (Doutorado em Psicologia) - Instituto de Psicologia, Universidade de São Paulo, 2012. Disponível em: https://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/47/47134/tde-07052013-102844/publico/iaconelli_do.pdf. Acesso em: 23 set. 2023.

IACONELLI, Vera. **Manifesto antimaternalista: Psicanálise e políticas da reprodução**. Rio de Janeiro: Zahar, 2023.

MADEIRA, Maria Zelma. **Maternidade e conjugalidade: múltiplos discursos na construção de um devir mulher**. 1998. 115 f. Dissertação (Mestrado em Sociologia) - Universidade Federal do Ceará, Fortaleza, 1998.

MALHEIRO, Luana. **Tornar-se mulher usuária de crack: trajetória de vida, cultura de uso e políticas sobre drogas no centro de Salvador, BA**. 2018. 292 f. Dissertação (Mestrado em Antropologia) – Faculdade de Filosofia e Ciências Humanas, Universidade Federal da Bahia, Salvador, 2018. Disponível em: https://repositorio.ufba.br/bitstream/ri/28468/1/Dissertacao__FIM__.pdf. Acesso em: 28 set. 2023.

MARCOLINO, Tais. et al. Gestação e uso de substâncias psicoativas: qual é o cuidado em saúde desejado pelas mulheres? **Cadernos Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 26, n. 3, p. 255–260, jul. 2018. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1414-462X201800030374>. Acesso em: 24 out. 2023

MEDEIROS, K. T.; MACIEL, S. C.; SOUSA, P. F. A Mulher no Contexto das Drogas: Representações Sociais de Usuárias em Tratamento. **Paidéia**, Ribeirão Preto, v. 27, Suppl 01, p. 439–447, 2017. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/paideia/a/cKXRQtBR3N7Sf6Wmp5TjPYQ/>. Acesso em: 25 out. 2023.

MOREIRA, D. J. S.; SANTOS, I. M.; DUNNINGHAM, W. A. A exposição ao crack durante a gestação e suas repercussões maternas, fetais e neonatais: uma revisão sistemática. **Revista Brasileira de Neurologia e Psiquiatria**, v. 26, n. 3, p. 84-90, set./dez. 2022.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. (Org.). **CID-10. Classificação Estatística Internacional de Doenças e problemas relacionados à Saúde**. 10. ed. Organização Mundial da Saúde, 2017. 1200 p.

ROTHER, Edna Terezinha. Revisão sistemática X revisão narrativa. **Acta Paulista de Enfermagem**, v. 20, n. 2, p. v–vi, abr. 2007. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/appe/a/z7zZ4Z4GwYV6FR7S9FHTByr/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 28 Set. 2023.

SCOTT, Joan. **Gênero: uma categoria útil de análise histórica**. Tradução: LOURO, G. L.; SILVA, T. T. D. Educação & realidade, Porto Alegre, v. 20, n. 2, p. 71-99, 1995

VELHO, Sergio Ricardo. **Perfil Epidemiológico dos Usuários de Substâncias Psicoativas Atendidos no CAPS AD**, Londrina PR. 2010. 74 f. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) – Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, Universidade Estadual de Londrina, Londrina, 2010. Disponível em: <https://pos.uel.br/saudecoletiva/wp-content/uploads/2021/10/SERGIO-RICARDO-BELON-DA-ROCHA-VELHO.pdf>. Acesso em: 25 Out. 2023.

ZANELLO, Valeska. **Saúde Mental, gênero e dispositivos: cultura e processos de subjetivação**. Curitiba: Appris, 2018.

CAPÍTULO 11

FUNCIONALIDADE DE UMA REDE DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL (RAPS) NA AVALIAÇÃO DE PROFISSIONAIS DA SAÚDE MENTAL

Milla Pauline da Silva Ferreira Teles

Andrei Souza Teles

Thereza Christina Bahia Coelho

Veronica Lima Santos

Doi: 10.48209/978-65-5417-249-C

Resumo: O estudo objetiva compreender como os profissionais da Saúde Mental avaliam o funcionamento da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) de um município de grande porte do estado da Bahia. Trata-se de um estudo avaliativo, exploratório, de abordagem qualitativa, no qual foram entrevistados 12 profissionais dos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) e do Hospital Psiquiátrico. As entrevistas foram submetidas à Análise de Conteúdo. Os resultados mostraram que hospitais psiquiátricos possuem uma estrutura precária, enquanto os CAPS foram descritos como espaços amplos, climatizados, porém os materiais para oficinas foram considerados de baixa qualidade. Referente ao processo do cuidar na RAPS, constatou-se um paradoxo na rede, ao mesmo tempo que os serviços de comunidade urgem com novas abordagens terapêuticas ainda se mantém no tratamento medicamentoso. Foram elencados o retorno dos jovens aos estudos, e ao mercado de trabalho. Percebeu-se que a descontinuidade dos cuidados e a não adesão ao regime terapêutico ocorrem a partir do momento em que os usuários são encaminhados para outros serviços da rede. Capacitar os profissionais com foco na importância da comunicação e do trabalho colaborativo em Saúde Mental é imprescindível para promover as transformações necessárias para uma atenção integral e humanizada.

Palavras-Chave: Assistência à Saúde Mental; Serviços de Saúde Mental; Avaliação em Saúde.

Introdução

A Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) foi instituída pela Portaria nº 3.088, em 2011, com o objetivo de criar, ampliar e articular diversos pontos de atenção à saúde para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) (Brasil, 2011). Segundo Mendes (2011), a finalidade principal das Redes de Atenção à Saúde é promover a integração de ações e serviços de saúde para ofertar uma atenção de forma contínua, integral e de qualidade.

Nessa perspectiva, a RAPS foi pensada para que, efetivamente, fossem alcançados os pressupostos da reforma psiquiátrica de transformar as relações que a sociedade, os sujeitos e as instituições estabeleceram com a loucura. Nesse contexto, visa superar os estigmas em torno dos transtornos mentais, romper com o modelo biomédico, eliminando gradualmente a internação e, sobretudo, dar ênfase aos serviços fundamentados na comunidade (Vidal; Bandeira; Gon-tijo, 2008; Lancetti; Amarante, 2012).

Os principais atendimentos em Saúde Mental da RAPS são realizados nos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), onde o usuário recebe atendimento próximo da família com assistência multiprofissional. Os CAPS também assumem papel estratégico na articulação da rede, tanto cumprindo suas funções na assistência e na regulação da rede de serviços de saúde, trabalhando em conjunto com as equipes de Estratégia de Saúde da Família (ESF), Agentes Comunitários de Saúde (ACS) e Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica (NASF-AB), quanto na promoção da vida comunitária e da autonomia dos usuários, através da articulação com outros recursos existentes no território (Brasil, 2014).

No entanto, a preocupação é com relação ao risco de manicomialização dos serviços extra-hospitalares, uma vez que tem sido observada uma integra-

ção multidisciplinar insuficiente, redução na oferta de atividades grupais e aumento da rotina de atendimentos de forma agendada. Neste sentido, nota-se que esses serviços estão cada vez mais aproximando-se de ambulatórios de Saúde Mental, dificultando, sobretudo, a qualificação da atenção, o trabalho efetivo em rede e a reinserção social dos usuários (Jafelice; Marcolan, 2018).

Considerando que os equipamentos extra-hospitalares são primordiais para o ordenamento da rede, estudos mostram que ainda é forte a visão hospitalocêntrica, além disso a internação e o uso de medicamentos seguem vistos como principais formas de tratamento (Bezerra; Dimenstein, 2011; Nóbrega et al., 2017). Segundo Zanardo, Bianchessi e Rocha (2018), essa concepção tem relação direta com a pouca articulação da RAPS, principalmente pela ausência ou insuficiência de alguns serviços, como CAPS III, leitos em hospitais gerais, falta de capacitação em Saúde Mental no âmbito da atenção primária para dar suporte à crise, fazendo com que o hospital psiquiátrico ainda seja o local de atendimento nessas situações.

Apesar dos desafios no campo da Saúde Mental brasileiro quanto à efetivação dos novos modelos substitutivos, ao sistema de cuidado abrangente e integrado e diante da tendência crescente dos transtornos mentais comuns, é imperativo reconhecer os avanços ocorridos a partir da reforma (Pitta, 2011; Fonseca et al., 2017). A expressiva redução de leitos é um deles: dos 80 mil, na década de 70, para 23.092 leitos SUS, em 2018. Considerando o investimento nos serviços de atenção psicossocial, em 2018, já haviam sido implantados mais de 3 mil CAPS que alcançaram uma cobertura de 0,86 CAPS por 100 mil habitantes (Amarante; Nunes, 2018; CNES, 2018).

Pesquisadores italianos concordam que embora tenham ocorrido mudanças radicais em direção aos cuidados comunitários e estímulo ao fechamento dos hospitais psiquiátricos na Reforma Psiquiátrica deste país que inspirou o Brasil, as avaliações a respeito dos resultados dessa nova forma de atenção

psicossocial têm ficado para trás. Em especial, cabe destacar a importância dos estudos de abordagem qualitativa que são capazes de ir além da classificação numérica, captando a interpretação sobre a complexidade do campo da Saúde Mental, bem como a própria experiência das pessoas (Barbato et al., 2014).

Com a implantação da RAPS, evidencia-se a necessidade de mudar a lógica das ações e os modelos de gestão. Para tanto, é necessário maior contato entre os serviços da RAPS, seja da atenção primária, hospitalar, urgência e emergência, serviços matriciadores e CAPS, priorizando o acompanhamento contínuo e a redução do número de reinternações. Além do mais, é imprescindível uma análise aprofundada desse processo por estudos em nível local, de forma a captar suas singularidades. Nesse sentido, o presente capítulo teve como objetivo compreender como os profissionais da Saúde Mental avaliam a funcionalidade da RAPS de um município de grande porte do estado da Bahia, no contexto da RPB.

Metodologia

Trata-se de um estudo avaliativo, exploratório, de abordagem qualitativa da RAPS de um município de grande porte do estado da Bahia, na perspectiva dos profissionais da Saúde Mental. Esse estudo é um dos resultados da tese de doutorado intitulada “Avaliação da Rede de Atenção Psicossocial no contexto da Reforma Psiquiátrica Brasileira” desenvolvido no programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da Universidade Estadual de Feira de Santana (UEFS), aprovado no Comitê de Ética em Pesquisa sob parecer nº 4.011.028, CAAE: 29343020.0.0000.0053.

O referencial teórico do autor Donabedian (2005), foi utilizado para avaliar a funcionalidade da RAPS do município de Feira de Santana-BA, que busca contemplar três dimensões: estrutura, processo e resultado. Nesse estudo, considera-se como estrutura os recursos, sejam eles físicos, financeiros, materiais e

equipamentos, aspectos organizacionais da atenção, além dos profissionais que fazem parte do serviço. Como processo, as atividades que constituem a atenção à saúde e envolve ações, práticas e interação entre os profissionais de saúde e população assistida. Já como resultados, apresentam-se as mudanças no estado de saúde da população, assim como mudanças de conduta, o conhecimento sobre a enfermidade e a satisfação do usuário com a terapêutica ofertada (Silva; Coelho, 2016).

O município de Feira de Santana-BA, lócus do estudo, possui uma população de 619.609 habitantes, segundo estimativa do IBGE para 2020, e densidade demográfica de 416,03 habitantes/km² (IBGE, 2020). A macrorregião Centro-Leste, a maior do estado da Bahia, possui um total de 72 municípios, dos quais Feira de Santana é referência, possuindo mais de 600 estabelecimentos de saúde e 1.107 leitos SUS, conforme dados do CNES, de 2015 (BAHIA, 2016). Em relação à RAPS, Feira de Santana possui o maior número de CAPS de sua região de saúde, totalizando cinco unidades, um hospital psiquiátrico estadual, três Unidades de Pronto Atendimento (UPA), um Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU), com oito unidades de suporte básico à vida (USB), duas unidades de suporte avançado à vida (USA) e uma motolância, uma equipe de Consultório na Rua (eCR), uma central de regulação médica das urgências, um hospital geral de gestão estadual, oito policlínicas, 84 equipes de ESF, dentre outros (CNES, 2021).

A coleta de dados foi realizada do mês de setembro a novembro de 2020. Cabe sinalizar que a pesquisa ocorreu no período da pandemia COVID-19, sendo, portanto, respeitadas as normas de segurança. Foi utilizado um roteiro semiestruturado e as entrevistas foram realizadas após autorização dos participantes mediante a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). Ao total foram entrevistados 12 trabalhadores que atuavam em serviços de Saúde Mental (CAPS e Hospital Especializado Lopes Rodrigues) das

seguintes categorias profissionais: quatro enfermeiros; dois psicólogos; dois assistentes sociais; um médico; um educador físico; um técnico de enfermagem; e um pedagogo. No que se refere à caracterização dos entrevistados, 10 foram mulheres e dois do sexo masculino, a faixa etária variou de 31 a 64 anos.

O material empírico, após a leitura transversal e horizontal, foi analisado através da técnica de análise de conteúdo de Bardin, que compõe um conjunto de técnicas de análise das comunicações, por meio de procedimentos sistemáticos e objetivos de descrição, interpretação e análise crítica do conteúdo das mensagens (Bardin, 1979). Quanto à organização da análise de conteúdo das mensagens do estudo em questão, está se constituiu, segundo Bardin (1979), em três etapas que foram seguidas cronologicamente: pré-análise; exploração do material; tratamento dos resultados obtidos e interpretação.

Resultados e Discussão

Considerando que a rede faz parte de um contexto externo que envolve a reforma psiquiátrica, a política de Saúde Mental e a mudança do modelo de cuidado nesse campo, os resultados referentes à avaliação da RAPS foram apresentados em quatro eixos temáticos, a saber: serviços da RAPS e seus aspectos estruturais; cuidado e tratamento: o processo do cuidar na RAPS; resultados: efeitos da atuação em rede na vida do usuário; e, por último, avaliação da funcionalidade da Rede de Atenção Psicossocial.

Serviços da RAPS: aspectos estruturais

No que se refere às estruturas dos serviços, há diferenças notórias entre o CAPS e o hospital. Os profissionais do CAPS salientaram a questão do aluguel de imóveis para implantação do serviço, prática comum pelas prefeituras no sentido de adaptar residências para se constituírem serviços de saúde. A avaliação do hospital especializado, por sua vez, evidenciou que se trata de uma

estrutura precária, antiga, sucateada pelo Estado, que não passa por reformas, mas sim adaptações de espaços, além de possuir uma informatização deficitária.

É uma estrutura precária antiga, com uma conservação deficitária, com uma informatização incipiente e quase inexistente. E que tem sido um hospital, a meu ver, tem sido ao longo dos últimos 10 anos, deixado de lado até no processo de forçar o fechamento do hospital [...] (E3 – Med. HP).

Foram feitas adequações nos imóveis que foram locados, mas não atende às necessidades da nossa demanda. É uma demanda crescente [...]. Nós ficamos em espaços bastante desconfortáveis (E5 – Enf. CAPS III).

É interessante ressaltar a questão da estrutura informacional, posto que a tecnologia não deveria ser apenas para o cumprimento de atividades burocráticas, como preenchimento de dados em sistemas de informação e prescrições eletrônicas. Urge repensar sua utilização no cotidiano dos serviços de saúde como uma ferramenta para possibilitar o compartilhamento de informações com outros pontos da rede, facilitando a comunicação entre os serviços, sobretudo, o conhecimento da história pregressa do usuário.

A avaliação foi positiva no que se refere ao espaço físico do CAPS AD e CAPS i, destacando-se a existência de espaço para brinquedotecas, salas climatizadas, área externa, espaço para alimentação, várias salas amplas, permitindo, dessa forma, a realização simultânea de atividades.

Quando eu fiz essa proposta para a gestão municipal para transferir para aqui, então hoje nós temos um local com quantidade de salas suficientes, com quantidade de salas para oficinas terapêuticas também suficientes [...]. Hoje aqui no CAPS AD, nós temos 3 salas para oficinas terapêuticas, então pode acontecer três grupos ou três oficinas simultâneas (E6 – Enf. CAPS AD).

Corroborando com esses achados, em estudo realizado por Moreira e Bosi (2019) em três dispositivos da RAPS de Fortaleza, Ceará, os autores verificaram que a estrutura física do CAPS foi descrita pelos usuários como um ambiente que gera bem-estar e humanização, enquanto em relação aos hospi-

tais foram observadas a carência de profissionais, de ambulâncias e instalações físicas precárias, representando um entrave no acesso aos serviços de saúde.

A ambiência, conforme Kantorski (2011), diz respeito à assistência produzida em espaço físico composto por um espaço social e de relações interpessoais capazes de permitir a realização de um cuidado acolhedor, humanizado e confortável para os atores sociais envolvidos no processo de trabalho. Dessa forma, os serviços de atenção psicossocial, assim como os demais serviços de saúde, devem constituir um ambiente terapêutico e que as instalações físicas não sejam um empecilho para a realização do cuidado, mas sim um aliado no tratamento dos usuários (Ferreira, 2017).

Em relação aos materiais, os Equipamentos de Proteção Individual (EPI), incluindo máscaras cirúrgicas, aventais e luvas, não costumam faltar nas unidades. Entretanto, quando se trata de materiais para a realização de ações específicas do serviço, para as oficinas, trabalhos artísticos, os profissionais enfatizaram a baixa qualidade dos artigos disponibilizados, sendo necessário, em alguns casos, trazer materiais de casa.

A gente precisa de materiais sim, quando vem é muito precário, por exemplo, um lápis de cor que você risca, eu falo isso porque eu uso para pintar alguma coisa e você risca e a cor não sai, a gente trás material de casa, por causa disso (E9 – Psi. CAPS i).

Segundo Nóbrega et al. (2017) no cotidiano dos serviços da RAPS os profissionais enfrentam diversas situações que acabam prejudicando o andamento de ações, sentindo-se, muitas vezes, de mãos atadas quando precisam de determinados recursos materiais para dar seguimento ao projeto terapêutico dos usuários, resultando na limitação das atividades a serem executadas.

Os entrevistados também destacaram o déficit de profissionais de saúde vivenciado nas unidades em detrimento de uma demanda crescente. Por haver poucos trabalhadores de determinadas especialidades, como é o caso do médico psiquiatra e do psicólogo, o retorno do usuário acaba sendo muito lento e

muitos sujeitos da pesquisa alegaram estar com a agenda de atividades do ano seguinte já preenchida. Além do mais, a falta de profissionais capacitados e atualizados foi citada como um problema para o bom funcionamento dos serviços, já que têm trabalhadores que estão perto de se aposentar e, por isso, não buscam mais qualificação.

[...] São muitos profissionais que não querem se requalificar, se capacitar aí dizem: “Eu já estou saindo” [...] (E3 – Med. HP).

[...] Por exemplo, minha agenda está aberta até 15 de janeiro e eu já vou precisar abrir fevereiro, março, só que eu, no meu caso em particular, por minha conta, eu faço muito encaixe porque se chegar uma adolescente hoje com ideiação suicida [...] (E9 – Psi. CAPS i).

Em consonância com esses resultados, Leite, Rocha e Santos (2018) e Nóbrega et al. (2017) encontraram que o déficit de trabalhadores de saúde, aliado à alta demanda de usuários, são fatores que dificultam a frequência de consultas, resultando em maiores espaçamentos entre os atendimentos. Aparentam ainda que, na área de Saúde Mental, a tecnologia do cuidado requer o envolvimento diferenciado por parte dos trabalhadores, não somente para a oferta de medicamentos e internação, o que implica a necessidade de qualificação continuada.

Cuidado e tratamento: o processo do cuidar na RAPS

O cuidado em Saúde Mental é entendido pelos trabalhadores como uma ação que deve ser multi e interdisciplinar, visto que um único profissional não dará conta das necessidades apresentadas pelo usuário. O cuidado tem sido prestado, conforme as falas dos participantes, por demanda espontânea no CAPS AD e CAPS i, a fim de diminuir as limitações de atendimento, além do mais, muitos trabalhadores relataram a formação de vínculo com os usuários, o papel esclarecedor sobre os seus direitos e a preocupação em ligar para os familiares para dar orientações.

A gente observa que por ser um serviço público, a gente às vezes delimita esse número de atendimentos. Eu deixei muito bem claro, eu vou fazer 2 anos aqui, que hoje no CAPS, ou onde eu trabalho, não existe delimitação de quantidade de atendimento, se o paciente chegar agora, ele vai ser atendido [...] (E6 – Enf. CAPS AD).

Então, esses são os nossos cuidados oferecidos, então, todo o acolhimento que a gente pode dar em termos de familiar ligar orientar que a família tem que estar presente, visitar, tem que telefonar sobre os direitos que eles têm, né? [...] Muitas vezes, eles têm direito a Benefício de Prestação Continuada (BPC) e não sabem, tem direito a passe livre e não sabem [...] (E1 – AS HP).

A questão do acolhimento e do vínculo com os usuários foram enfatizados pelos profissionais não só como ferramentas de cuidado, mas também como recursos terapêuticos. Observou-se nos discursos que o significado atribuído ao acolhimento não se restringiu aos cuidados específicos da área de formação, ou seja, foi possível identificar algumas correlações, como dar atenção, criar laços, dar ouvidos, auxiliar na alimentação e na higienização, no intuito de impulsionar um cuidado mais humanizado.

Então, os laços formados vão para além dos cuidados exclusivos da enfermagem. Aqui é uma mistura de cuidado de trabalho de cuidador, com trabalho de enfermagem, preocupação como se fosse da família [...], a gente tem cuidado de enfermagem, de alimentação, de higiene (E2 – TE HP).

Mesmo sendo uma unidade de internação, onde comumente predominam a clínica tradicional e a ênfase no modelo biomédico, nota-se nas falas que já é possível identificar elementos do modelo psicossocial nos hospitais.

Tal como constatado em outros estudos, o cuidado prestado aos usuários indica que vem ocorrendo a transformação das práticas na Saúde Mental, especialmente no que se refere à fragmentação da assistência, onde um único profissional se responsabiliza por uma parte do sofrimento do sujeito. Os técnicos e as equipes de referência em conjunto com os usuários destacam-se na sua potência em fazer uso das tecnologias leves (tecnologias relacionais) como forma de acolher os sofrimentos, estabelecer diálogos, criar vínculo e estimular a autonomia dos usuários (Surjus; Campos, 2011; Moreira; Bosi, 2019).

Entretanto, a potência só vira poder ao se transformar em ato. No que diz respeito ao tratamento, encontrou-se que ainda existe um foco no tratamento farmacológico, embora os profissionais reconheçam a necessidade de utilização de novas abordagens terapêuticas. Muitas vezes, os próprios usuários chegam ao serviço em busca de tratamento medicamentoso e de apoio psicológico, por não conhecerem outras estratégias utilizadas pelos CAPS. Além do mais, conforme as falas, ocorrem oficinas de artesanato, música, psicoterapia de grupo, dentre outras.

[...] Quando usuários chegam em nosso setor, ao nosso serviço, o profissional de acolhimento a nível superior ele já esclarece, já desmistifica aquela questão psiquiátrica, medicamento e acompanhamento psicológico. Muita gente que chega aqui fala que quer acompanhamento psicológico “Ah eu vim aqui para consulta com psiquiatra” [...] (E11 – Enf. CAPS II).

Nós temos uma oficina aqui da psicóloga, que é uma oficina assim fantástica, que ela trabalha acho que é “Recomeçar”, com trabalhos de arte, com trabalhos manuais [...] (E12 – Pedag. CAPS II).

Observou-se, portanto, uma contradição nas abordagens. O acolhimento trabalha a concepção do usuário sobre o novo modelo de cuidado, mas não tem os serviços que este novo cuidado exige. Não tem psicólogo e sim medicamento.

Leite, Rocha e Santos (2018) alertam para a dificuldade em fugir da lógica instituída nos cotidianos de trabalho nos serviços da RAPS. Em muitos casos, os usuários depositam nos medicamentos total confiança como a solução dos seus problemas, como se o medicamento fosse o único responsável pelo tratamento, quando na verdade é um recurso limitado que sozinho não consegue suprir as necessidades da complexa teia dos transtornos mentais (Moreira; Bosi, 2019).

Seguindo essa concepção, os profissionais acabam imersos e capitaneados por essa lógica onde a crítica perde espaço, dando lugar, muitas vezes, à inércia e ao comodismo. Portanto, o desafio que se coloca é construir processos

de produção da Saúde Mental a partir de novas referências para os usuários, ampliando as possibilidades de poder habitar dentro do CAPS, como o que cozinha bem, o conselheiro, o colaborador, o que melhorou, o que se casou, o que abriu seu próprio comércio, garantindo a autonomia necessária que transcende o serviço e proporciona uma existência mais ampla fora dele (Surjus; Campos, 2011; Quinderé; Jorge; Franco, 2014).

Efeitos da atuação em rede na vida do usuário

Em relação aos resultados obtidos pelos serviços da rede, destaca-se nas falas que quando ocorre a aderência ao tratamento e o apoio da família, são alcançadas à melhora do quadro psíquico e à reinserção social dos usuários. Como exemplo, encontrou-se o retorno dos jovens aos estudos, ao mercado de trabalho, parcerias com empresas para empregar pessoas com estado leve de transtorno mental, além daqueles que passam a vender os próprios trabalhos feitos nas oficinas. No entanto, percebe-se um viés capitalista na fala dos profissionais, uma vez que a melhora no quadro clínico é mencionada tomando por referência a preparação ou mesmo a reincursão propriamente dita dos usuários ao mercado de trabalho.

Eles conseguem fazer atividades, inclusive coisas que eles vendem, artesanato, miçangas, chaveiros, panos de pratos decorados, fazem várias coisas e essas coisas eles conseguem vender, então não deixa de ser uma reinserção (E10 – Psi. CAPS III).

Fatores como o abandono do tratamento, o estigma presente ainda em grande parte da sociedade, afastamento dos familiares e as vulnerabilidades sociais que estão expostos os usuários com transtornos mentais dificultam o alcance de resultados positivos no cuidado em Saúde Mental.

[...] Dentro da própria clínica da psiquiatria, a gente tem o tripé usuário, família e serviço e às vezes isso fica um pouco capenga, porque a gente tem o CAPS, mas o usuário não tem família, esse usuário tem as suas vulnerabilidades, as suas debilidades [...] (E6 – Enf. CAPS ad).

Pesquisa envolvendo enfermeiros de um serviço de psiquiatria de um hospital e centros de saúde encontrou que, para garantir a continuidade de cuidados e alcançar os resultados positivos na área de Saúde Mental é necessária não somente a disponibilidade de recursos humanos e físicos, mas também é essencial apoio das redes de suporte comunitárias e familiares. Por outro lado, situações as quais as dinâmicas familiares são conflituosas, bem como fraca rede de suporte social, podem inviabilizar o sucesso da terapêutica implementada (Paniagua et al., 2018).

A família também precisa ser inserida no cuidado, conforme evidenciado nas falas dos participantes do estudo e é de suma importância estabelecer essa parceria. Em um dos CAPS estudados, por exemplo, enquanto a criança ou adolescente está em atendimento, é feito um trabalho paralelo com os pais através de oficina de culinária. Experiências como essa demonstram a necessidade de desenvolver nos serviços formas de organização e funcionamento que, de fato, privilegiam essa inserção dos familiares.

A gente faz um trabalho paralelo com os pais, por exemplo, quando eu estou com uma colega no grupo terapêutico ou criança ou com adolescente, a gente tem uma outra colega que tá na cozinha fazendo oficina de culinária e assim [...], então dá tipo assim uma luz pra aquela mãe também que vive o adoecimento daquele filho [...] (E9 – Psi. CAPS i).

Essa questão que aparece como resultado insuficiente remete, em verdade, aos aspectos estruturais e processuais do cuidado, tanto aqueles que são desenvolvidos – a oficina de culinária – como outros que seriam necessários, como a própria estruturação da rede de apoio como uma rede e não como ações pontuais.

A literatura evidencia que quando há participação da família no tratamento, os resultados no tocante à adesão e à redução de problemas e dificuldades entre os membros, podem ser melhores (Martins; Guanaes-Lorenzi, 2017; Carvalho; Santana, 2018; Moreira; Bosi, 2019). Outrossim, cuidar das relações

entre os membros da família e ofertar atenção especial a elas é imprescindível, uma vez que os familiares sofrem com o adoecimento mental do usuário, sendo importante prevenir repercussões negativas na vida desses sujeitos (Bustamante et al., 2020).

Os profissionais relataram ainda situações as quais usuários e familiares buscam o serviço de forma oportunista. Não raro, ocorre a procura pelo serviço de atenção psicossocial de famílias alegando que o usuário não tem condições de participar de forma plena e efetiva da sociedade, com o intuito de adquirir benefícios sociais, aposentadoria por invalidez ou requerer afastamento do trabalho, sem, realmente, se importar com o tratamento psíquico do familiar.

Mas, já existem outros casos em que a família e o usuário vêm com aquela ideia fixa de que ele sendo acompanhado aqui ele vai conseguir aposentadoria, vai em busca apenas do benefício. Usuários que buscam acompanhamento com objetivo, por exemplo, de requerer um afastamento do trabalho (E11 – Enf. CAPS II).

A questão do benefício tende a ser vista de forma negativa pela equipe de Saúde Mental, pois exige um esforço adicional para lidar com o paradoxo que o auxílio governamental traz. Por outro lado, o interesse financeiro do familiar também pode ser considerado um aliado na responsabilização da família e na valorização social do sujeito com transtorno mental.

Em especial, nesse aspecto do apoio familiar, ambos os serviços – CAPS e Hospital Psiquiátrico – enfrentam dificuldades similares. Seria de se esperar que fosse uma questão mais forte no hospital, para onde são encaminhados os casos mais graves. No entanto, também nos CAPS, a questão da adesão e do suporte social permanece como entrave para o alcance dos resultados propostos pela Reforma Psiquiátrica.

Nessa perspectiva, atingir resultados positivos nesse campo depende, sem dúvida, de uma ação compartilhada entre serviços, familiares e usuários. É importante reconhecer que as transformações no modelo de atenção à Saú-

de Mental nos serviços especializados contribuíram significativamente para a humanização do cuidado, mas, de forma isolada, esses serviços podem não dar conta de permitir e aprofundar mudanças mais radicais na vida do usuário em sofrimento mental.

Avaliação da funcionalidade da Rede de Atenção Psicossocial

No que diz respeito a outros serviços da RAPS acessados pelo usuário de atenção psicossocial, constatou-se que o hospital psiquiátrico faz o encaminhamento através do sistema de referência e contrarreferência, na grande maioria dos casos, para CAPS e Centros de Referência em Assistência Social (CRAS) para que esse usuário tenha acesso a outras formas de tratamentos, além do medicamentoso. Os CAPS, por sua vez, contam com a parceria do hospital especializado em situações de crise, também com as Unidades de Saúde da Família (USF) e equipes do NASF. Outros pontos de atenção na rede referenciados pelos serviços são a policlínica, o Hospital Estadual da Criança, as clínicas-escola das faculdades do município, dentre outros.

[...] a gente faz uma referência buscando com que o CAPS, o CRAS, faça né com que esse indivíduo participe de oficinas dentro do município que ele reside que não pare o tratamento, que busque o tratamento não só medicamentoso, mas também com terapias, oficinas [...] (E1 – AS HP).

A gente aqui tem assim que a gente vê que tá com obesidade a gente faz parceria [...] a gente tem o paciente que precisa com urgência até fazer uma bariátrica [...] a gente já o levou ao nutricionista, porque lá no NASF tem educador físico, a gente já tentou fazer uma parceria que vá lá fazer alguma atividade, fazer alguma coisa [...] (E7 – AS CAPS i).

Camatta et al. (2020) ressaltam a importância de estabelecer parcerias de cuidado entre os CAPS e os outros dispositivos não somente do setor saúde, como as escolas, o CRAS, o Centro de Referência Especializado de Assistência Social (CREAS), as secretarias de educação e cultura e outros setores da sociedade civil.

A despeito do sistema de referência e contrarreferência, segundo Zanardo, Bianchessi e Rocha (2018), pode criar uma assistência repartida, onde não se cria vínculo entre usuários e profissionais, estimulando a prática do encaminhamento. A atuação em rede, por sua vez, requer um cuidado colaborativo, por meio da transformação da lógica tradicional dos sistemas de saúde em ações horizontalizadas. Daí a importância do apoio matricial no sentido de potencializar o sistema de referência, estimulando e facilitando o contato entre as equipes de CAPS e os demais serviços de saúde.

Como exemplificado nos discursos dos participantes, muitas vezes os outros serviços desconhecem o campo de atuação do CAPS e acabam encaminhando usuários que não apresentam transtornos mentais, mas sim dificuldades de aprendizado ou transtornos leves que poderiam ser acompanhados no âmbito da atenção primária, onde, infelizmente, ações de cuidado de Saúde Mental são praticamente inexistentes (Teixeira; Couto; Delgado, 2017).

Não obstante, as maiores dificuldades dos usuários são acessar serviços que não são de Saúde Mental. Segundo os profissionais da pesquisa, o fato é que, muitas vezes, os usuários têm dificuldades de buscar outras unidades de saúde e acabam vinculados somente ao CAPS por toda a vida, seja pela demora para conseguir realizar consultas/exames, em decorrência da violência institucional, da falta de acolhimento ou pelo preconceito e insegurança dos profissionais de outros serviços com indivíduos que possuem transtornos mentais.

Por exemplo, as mulheres que têm transtorno mental [...] elas vão para consulta ginecológica e lá o ginecologista diz que não atende ela porque ela tem transtorno mental. [...] É como eu falo, nosso suporte aqui é bengala, deve ser temporário, mas infelizmente o vínculo, o local que se sentem acolhidos e gostam de estar é aqui, as vezes acaba que esse desmame que deveria ocorrer [...] acaba por muito tempo ou quem sabe por todo o tempo na vida do usuário (E11 – Enf. CAPS II).

Foram identificadas também dificuldades relacionadas à grande demanda aliada à precariedade dos serviços de saúde, especialmente pelo jogo de “em-

purra-empurra” na rede de atenção à saúde, na maioria das vezes através de encaminhamentos não qualificados, fazendo com que o usuário fique peregrinando na rede sem solucionar as suas necessidades. Outra barreira observada nas falas dos profissionais foi a questão financeira dos usuários para buscarem as unidades em que são encaminhados.

[...] Isso me deixa bastante decepcionada com os profissionais, porque não há necessidade de você colocar um menor, um idoso para ir para hospital psiquiátrico porque ele tá com crise de ansiedade sendo que o CAPS pode dar esse suporte (E1 – AS HP).

A principal dificuldade que eles falam é a questão financeira e a clínica de álcool e droga a gente tem o viés muito relacionado com a alimentação. Então, como nós disponibilizamos [...] o almoço e o lanche esse vínculo até acaba sendo melhor [...] (E6 – Enf. CAPS AD).

Achados semelhantes foram encontrados nos estudos de Nóbrega et al. (2017), Paniagua et al. (2018) e Moreira e Bosi (2019) que evidenciaram a descontinuidade dos cuidados e a não adesão ao regime terapêutico a partir do momento em que os usuários peregrinaram de um serviço a outro na rede até serem atendidos. Dificuldade para lidar com os transtornos mentais, especialmente na ESF, e a inexperiência na área são fatores que levam à interrupção do cuidado e reforçam a ênfase nas especialidades.

Na lógica do trabalho na RAPS o compromisso principal é sustentar o usuário em qualquer ponto da rede, a fim de garantir a melhoria da qualidade dos cuidados prestados, contribuir para a diminuição dos custos, sobretudo, apresentar-se como uma estratégia adequada e uma política a seguir pelos serviços de saúde (Nóbrega et al., 2017).

Os pontos fortes para integrar os dispositivos da RAPS destacados pelos profissionais foram o encaminhamento feito com relatório médico, assim como a preocupação por parte da equipe em ligar para o outro serviço, para checar se o usuário conseguiu acessar, realizou os exames e as consultas ou recebeu os medicamentos, ou seja, quando ocorre essa comunicação entre os pontos de atenção na rede, o usuário não encontra dificuldades para resolver as demandas

de saúde.

Mas, a gente sempre empodera, a gente sempre encaminha, eu peço sempre a minha equipe o cuidado de ligar para essa unidade, de fazer essa ponte, então, por exemplo, nós temos mais pacientes que são dos distritos e eles fazem uso do haldol decanoato [...] e aí a gente tem uma parceria bem legal com a atenção básica [...] dele ter essa continuidade do tratamento lá (E6 – Enf. CAPS AD).

O processo de trabalho em Saúde Mental opera em rede, pois parte da concepção de uma relação horizontal entre os serviços e os trabalhadores entre si para a produção do cuidado (Quinderé; Jorge; Franco, 2014). No que se refere à funcionalidade da RAPS, os entrevistados avaliaram como burocrática em diversos pontos, que não dá suporte ao usuário, impedindo, dessa forma, a adesão ao tratamento, corroborando com Zanardo, Bianchessi e Rocha (2018). Falta ainda humanização, os usuários em crise encontram barreiras de acesso nos hospitais gerais e nas Unidades de Pronto Atendimento (UPA), e, na realidade, a RAPS acaba se resumindo a dois dispositivos: o CAPS e o hospital psiquiátrico.

Hoje eu atendi uma usuária [...] e porque a médica dela carimbou em cima do carimbo do médico, a DIRES não forneceu a medicação para ela e ela tá sem medicação, há três meses tomando remédios caseiros [...] (E1 – AS HP).

Então, não são assistidos em hospitais Gerais, a gente encontra muita dificuldade de um hospital geral, de uma UPA recepcionar esse paciente. [...] Então, infelizmente, é como se só existissem dois equipamentos: o hospital psiquiátrico e o CAPS (E2 – TE HP).

Observou-se em diversos depoimentos que existe uma confusão entre RAPS e o próprio sistema de saúde, o SUS. Consoante Moreira e Bosi (2019), a proposta de funcionamento em rede tem o objetivo de melhorar a articulação entre os serviços para responder de forma mais rápida e eficiente às demandas dos usuários. Inserida nessa lógica, a Saúde Mental trata-se de uma rede temática que, assim como outras RAS, inclui a atenção primária, secundária e terciária. Como os serviços da RAPS compõem o SUS de uma forma geral,

muitos problemas do sistema acabam, conseqüentemente, incorporados à rede temática de Saúde Mental.

A cultura enraizada na sociedade de que o louco deve ser isolado prejudica o funcionamento da rede. Conforme os discursos dos participantes ainda falta capacitação e matriciamento de Saúde Mental na ESF, uma vez que, nem os casos leves, que via de regra não deveriam ser acompanhados nos CAPS, estão sobrecarregando esses serviços. Como evidenciado em algumas falas, até mesmo entre os próprios CAPS existentes no município a comunicação é falha.

Mas é uma resistência familiar muito grande porque a gente é acostumado desde sempre a excluir o louco [...] (E3 – Med. HP).

Na verdade, sinto falta disso até mesmo dentro da rede CAPS. Por exemplo, essa interação existe, essa comunicação entre os CAPS existe, mas é como se cada um fosse uma ilha (E5 – Enf. CAPS III).

Do mesmo modo, estudo realizado por Teixeira, Couto e Delgado (2017) na ESF e CAPSi do Rio de Janeiro, a experiência do trabalho colaborativo ainda é incipiente, sendo o apoio matricial, na maioria das vezes, confundido como triagem em serviços especializados. O matriciamento é uma estratégia que tem como base o trabalho conjunto entre os profissionais e os serviços de diferentes níveis de complexidade, propiciando a construção de um projeto terapêutico que não se limita às fronteiras de um dado serviço, mas é diluído em variadas instâncias, articulado por uma equipe de referência.

No âmbito da atenção psicossocial, o apoio matricial pode enriquecer e ampliar as estratégias de tratamento a partir da articulação entre os serviços da RAPS e de outras redes, sendo o CAPS o principal dispositivo de conexão (Quinderé; Jorge; Franco, 2014). O NASF-AB, que conta com profissionais de diferentes áreas de conhecimento também faz parte do desenvolvimento do apoio matricial às ESF, porém neste estudo percebeu-se que é quase ausente sua atuação no que se refere à Saúde Mental.

Dentre os profissionais que avaliaram a funcionalidade da RAPS de forma positiva, destacaram-se os discursos relacionados à resolutividade da rede no que tange à abordagem de crianças e adolescentes que sofreram violência, onde de fato existe essa articulação entre as instituições, no sentido de proteger os direitos desses usuários, seja pela gravidade da situação, seja pela exigência das próprias legislações de proteção à infância. Os profissionais enfatizaram também a boa comunicação entre os CAPS e as residências terapêuticas, posto que esses trabalhadores dão o suporte necessário à continuidade do cuidado fora dos muros dos serviços especializados.

A gente tem boa parceria aqui com a promotoria, com a vara da infância, com o conselho tutelar, a gente tá sempre indo na delegacia do menor, a gente aqui vê muito caso de estupro, de ter que fazer denúncia, de ter que ir ao CREAS, então a gente tá sempre junto nessa parceria, dando esse suporte também (E7 – AS CAPS i).

Os profissionais relataram que os serviços quando atuam de forma articulada e integral resultam em diversos benefícios tanto para os usuários, quanto para os próprios trabalhadores. É gratificante para eles quando conseguem ajudar o usuário a usufruir dos seus direitos, como benefícios financeiros, acesso à medicamentos, oficinas terapêuticas, dentre outros, e para o usuário, o fato de ser acolhido e ouvido em situação de crise gera sentimentos de satisfação com o serviço, além de se sentirem efetivamente cidadãos.

Quando a gente vem aqui no CAPS, que a gente detecta que aquela criança que tá ali em surto, em crise, muitas vezes aquela crise [...] é porque ela viveu ou sofreu uma violência sexual e aquilo ali ela desabafa pra gente e a gente a encaminha ao lugar certo, então ela se sente acolhida, ela sente que alguém olhou pra ela, que alguém cuidou dela [...] (E7 – AS CAPS i).

Nesse contexto, à medida que as práticas de Saúde Mental vão sendo repensadas no cotidiano desses trabalhadores, novas experiências coletivas e viabilização de espaços dialógicos com os atores envolvidos também são produzidos, possibilitando reinventar os modos de produzir saúde na RAPS (Lei-

te; Rocha; Santos, 2018). Através do compartilhar, problematizar, solucionar conflitos, inovar, desconstituir a norma, que emergem nas equipes uma tarefa desafiadora: a construção de uma rede compartilhada de Saúde Mental.

Considerações Finais

Em síntese, o estudo permitiu conhecer como trabalhadores da Saúde Mental avaliavam a RAPS do seu município, tendo como referencial a perspectiva funcionalista de Donabedian da estrutura, processo e resultado tensionada por um posicionamento analítico-crítico. Observou-se que a rede se tece no caminhar do usuário e no acionamento de vários dispositivos para atender suas necessidades de saúde. Apesar das dificuldades e fragilidades, os profissionais se empenham para garantir uma atenção de forma articulada, bem como superar os “nós” dessa rede.

O processo de Reforma Psiquiátrica impulsionado pelo fechamento de hospitais especializados tem levado à defasagem desses espaços. Além do mais, o déficit de profissionais, a falta de capacitação e atualização foram relatados como fatores que interferem no pleno funcionamento dos serviços de Saúde Mental. Conforme o estudo, a demanda de Saúde Mental tem sido crescente. Dessa forma, é necessário que os esforços para a ampliação e a melhoria dos serviços, tornando-os mais acolhedor, humanizado e que permita a realização do cuidado, caminhem na mesma proporção.

Embora a RAPS disponha de uma série de ferramentas de cuidado, constatou-se um paradoxo na rede, pois ao mesmo tempo que os serviços de comunidade urgem com novas abordagens, ainda se mantém o foco no tratamento medicamentoso. Assim, faz-se imprescindível que os profissionais de saúde atuem no sentido de desmitificar essas concepções a partir da escuta do usuário, da parceria com a atenção primária, criando outras possibilidades de cuidado e renegociando seus projetos terapêuticos.

Os depoimentos revelaram que a descontinuidade dos cuidados ocorre a partir do momento em que os usuários são encaminhados para outros serviços da rede. A burocratização na funcionalidade da RAPS dificulta o acesso dos usuários com transtornos mentais às demais estratégias terapêuticas, reforçando a ênfase no especialista. O compromisso principal da RAPS é, então, sustentar o usuário em qualquer ponto da rede, posto que encaminhamentos não qualificados podem resultar em desresponsabilização sobre o usuário e na fragmentação do cuidado.

Considera-se que estudos dessa natureza, apesar de trazer resultados de uma realidade local, são instrumentos capazes de contribuir para reorientar as práticas e os saberes no campo da Saúde Mental. O movimento em curso pela RPB tem avançado na luta pela dignidade da pessoa com transtorno mental, mas possui ainda muitos desafios para a construção de uma sociedade mais inclusiva, justa e igualitária. Ademais, estabelecer novas conexões e fluxos entre equipes de saúde, valorizando os protagonistas no processo, quais sejam os usuários, os familiares e os profissionais, é essencial para melhorar a funcionalidade da RAPS.

Referências

AMARANTE, P.; NUNES, M. O. A reforma psiquiátrica no SUS e a luta por uma sociedade sem manicômios. **Cienc Saúde Coletiva**, v. 23, n. 6, p. 1067-1074, 2018.

BAHIA. Secretaria de Saúde do Estado da Bahia. Plano Estadual de Saúde 2016-2019. **Rev Baiana de Saúde Pública**, Salvador, v. 40, supl. 3, p. 1-124, 2016.

BARBATO, A. Involvement of Users and Relatives in Mental Health Service Evaluation. **The Journal of Nervous and Mental Disease**, v. 202, n. 6, 2014.

BARDIN, L. **Análise de Conteúdo**. Lisboa: Edições 70, 1979.

BEZERRA, C. G.; DIMENSTEIN, M. O fenômeno da reinternação: um desafio à Reforma Psiquiátrica. **Mental**, v. 9, n. 16, p. 303-326, 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 3.088, de 23 de dezembro de 2011. Institui a Rede de Atenção Psicossocial para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). **Diário Oficial da União**. Brasília, DF, 26 dez. 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Implantação das Redes de Atenção à Saúde e outras estratégias da SAS**. Brasília: Ministério da Saúde, 2014.

BUSTAMANTE, V. et al. Indicadores para avaliação de Centros de Atenção Psicossocial Infantojuvenil (Capsi): resultados de uma pesquisa-intervenção. **Interface - Comunic, Saude, Educ**, v. 24, e190276, 2020.

CADASTRO NACIONAL DE ESTABELECIMENTOS DE SAÚDE (CNES). **Leitos**. 2018. Disponível em: http://cnes2.datasus.gov.br/Mod_Ind_Tipo_Leito.asp?VEstado=00. Acesso em: 11 jun. 2019.

CADASTRO NACIONAL DE ESTABELECIMENTOS DE SAÚDE (CNES). **Tipos de Estabelecimentos**. 2021. Disponível em: http://cnes2.datasus.gov.br/Mod_Ind_Unidade.asp?VEstado=29&VMun=291080&VComp=202101&VUni=. Acesso em 10 mar. 2021.

CAMATTA, M. W. et al. Concepções de gestores de serviços de saúde sobre a rede de atenção psicossocial a usuários de crack. **REME - Rev Min Enferm.**, v. 24, e-1293, p. 1-6, 2020.

CARVALHO, M. M. C.; SANTANA, S. M. Uso de crack e suporte familiar: implicações na assistência. **Pesquisas e Práticas Psicossociais**, v. 13, n. 1, 2018.

FERREIRA, M. P. S. Processo de trabalho e suas repercussões na vida e saúde de trabalhadores de hospitais públicos sob gestão direta do estado da Bahia. Dissertação (Mestrado) – Universidade Estadual de Feira de Santana, Feira de Santana, 2017.

FONSECA, D. L. et al. Validação transcultural da Escala CONNECT – Uma medida de continuidade do cuidado em serviços de saúde mental. **J Bras Psiquiatr**, v. 66, n. 1, p. 9-18, 2017.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). **Cidades**. 2020. Disponível em: <https://www.ibge.gov.br/apps/populacao/projecao/>. Acesso em: 20 out. 2020.

JAFELICE, G. T.; MARCOLAN, J. F. O trabalho multiprofissional nos Centros de Atenção Psicossocial de São Paulo. **Rev Bras Enferm**, v. 71, suppl 5, p. 2259-66, 2018.

KANTORSKI, L. P. et al. Avaliação qualitativa de ambiência num Centro de Atenção Psicossocial. **Ciênc. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 16, n. 4, p. 2059-2066, 2011.

LANCETTI, A.; AMARANTE, P. D. C. Saúde Mental e Saúde Coletiva. In: CAMPOS, G. W. de S. et al (Orgs.). **Tratado de Saúde Coletiva**. 2ª ed. rev. aum. São Paulo: Hucitec, 2012.

LEITE, L. S.; ROCHA, K. B.; SANTOS, L. M. A tessitura dos encontros da Rede de Atenção Psicossocial. **Trab. Educ. Saúde**, Rio de Janeiro, v. 16 n. 1, p. 183-200, jan./abr. 2018.

MARTINS, P. P. S.; GUANAES-LORENZI, C. Participação da Família no Tratamento em Saúde Mental como Prática no Cotidiano do Serviço. **Psicologia: Teoria e Pesquisa**, v. 32, n. 4, p. 1-9.

MENDES, E. V. **As redes de atenção à saúde**. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2011.

MOREIRA, D. J.; BOSI, M. L. M. Qualidade do cuidado na Rede de Atenção Psicossocial: experiências de usuários no Nordeste do Brasil. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, v. 29, n. 2, e290205, 2019.

NÓBREGA, M. P. S. S. et al. Tecendo a Rede de Atenção Psicossocial Oeste do município de São Paulo. **Rev Bras Enferm**, v. 70, n. 5, p. 1016-23, 2017.

PANIAGUA, D. V. et al. Projeto K: Capacitar para uma transição segura hospital-comunidade. **Rev Bras Enferm**, v. 71, suppl 5, p. 2396-403, 2018.

PITTA, A. M. F. Um balanço da Reforma Psiquiátrica Brasileira: instituições, atores e políticas. **Ciênc Saúde Coletiva**, v. 16, n. 12, p. 4579-4589, 2011.

QUINDERÉ, P. H. D.; JORGE, M. S. B.; FRANCO, T. B. Rede de Atenção Psicossocial: qual o lugar da saúde mental? **Physis Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 24, n. 1, p. 253-271, 2014. SILVA, M. S. R. M.; COELHO, T. C. B. Avaliação do SAMU – 192: a política das urgências em cena. In: ARAÚJO, T. M.;

ARAÚJO, E. M. **Análise de problemas sociais e de saúde**. Feira de Santana: UEFS Editora, 2016.

SURJUS, L. T. L. S.; CAMPOS, R. O. A avaliação dos usuários sobre os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) de Campinas, SP. **Rev. Latinoam. Psicopat. Fund.**, São Paulo, v. 14, n. 1, p. 122-133, março 2011.

TEIXEIRA, M. R.; COUTO, M. C. V.; DELGADO, P. G. Atenção básica e cuidado colaborativo na atenção psicossocial de crianças e adolescentes: facilitadores e barreiras. **Ciênc. Saúde Coletiva**, v. 22, n. 6, p. 1933-1942, 2017.

VIDAL, C. E. L.; BANDEIRA, M.; GONTIJO, E. D. Reforma psiquiátrica e serviços residenciais terapêuticos. **J Bras Psiquiatr**, v. 57, n. 1, p. 70-79, 2008.

ZANARDO, G. L. de P.; BIANCHESSI, D. L. C.; ROCHA, K. B. Dispositivos e conexões da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) de Porto Alegre – RS. **Estudos Interdisciplinares em Psicologia**, Londrina, v. 9, n. 3, p. 80-101, dez. 2018.

SOBRE OS ORGANIZADORES

Waldenilson Teixeira Ramos



Psicólogo registrado sob o CRP 05/72529. Mestrando em Psicologia na linha de pesquisa Subjetividade, Política e Exclusão Social da Universidade Federal Fluminense. Graduou-se em Psicologia pela mesma instituição em 2022. Tutor na Fundação de Empreendimentos Científicos e Tecnológicos (FINATEC).

Mariana Porto da Silva Cordeiro Fernandes



Graduanda em Psicologia na Universidade Federal Fluminense. Participante do Programa da UFF “Mulherio: tecendo redes de resistência e cuidado”. Estagiária do SPA da UFF. Ex-extensionista do projeto “Interface Ambulatórios-SPA”. Foi acadêmica bolsista na rede de saúde mental do Rio de Janeiro.

Enzo Mazzotti Almeida



Graduando em Psicologia na Universidade Federal Fluminense, pesquisador na UFF no projeto “Políticas do luto, poéticas da revolta”.

Amanda Castellain Mayworm



Graduanda em Psicologia pela Universidade Federal Fluminense. Bolsista PIBIC do projeto de pesquisa e extensão “Perceber sem ver”. Extensionista do projeto “Mulherio: tecendo redes resistência e cuidado”. Tem experiência em estágio na área da educação, da saúde mental e da assistência social.

SOBRE OS AUTORES

Ana Clara Oliveira da Cunha Soares

Especializanda em Políticas Sociais e Intersetorialidade pelo IFF/Fiocruz. Especialista em Psicologia Hospitalar pela Universidade Federal do Rio de Janeiro. Psicóloga pela Universidade Federal Fluminense.

André Luiz Carvalho de Souza da Silva

Graduando em Psicologia pela Universidade Federal do Rio de Janeiro.

Andrei Souza Teles

Doutor em Saúde Coletiva pela Universidade Estadual de Feira de Santana.

Alessandra da Rocha Arrais

Pós-doutora em Saúde Clínica e Saúde pela Universidade de Brasília. Psicóloga da Secretaria de Saúde do DF. Responsável Técnica de Psicologia do Hospital Materno Infantil de Brasília e Docente permanente do Programa de Mestrado Profissional em Ciências para a Saúde da Fepecs.

Beatriz Araujo de Souza e Silva

Graduanda em Psicologia pela Universidade Federal Fluminense.

Clara Aleida Prada Sanabria

Doutora em Saúde Pública pela Universidade Federal da Bahia. Professora Titular da Universidade Estadual de Feira de Santana.

Esthefany Borges Soares

Graduanda em Psicologia da Universidade Federal Fluminense.

Gleiciene Gomes de Araujo

Doutoranda em Psicologia pela Universidade Federal Fluminense.

Iohanna Sanches Grammatikopoulos

Graduanda em Psicologia pela Universidade Federal do Rio de Janeiro.

Luana da Silveira

Doutora em Psicologia Social pela Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Professora Adjunta do Curso de Psicologia da Universidade Federal Fluminense.

Maria Eduarda Paizan Checa

Psicóloga e poeta LGBTQIA+; mestre e doutoranda em Psicologia Clínica pela PUC-SP - Núcleo de subjetividade; autora do livro «Desobrar-se» (Editora Urutau, 2021). Pesquisa as relações entre as dissidências sexuais e de gênero e a construção de uma prática clínica contraficcional, orientada por um plano de imanência da ética. Atua como psicóloga clínica, é voluntária na Casa 1 e editora da Revista Cadernos da Subjetividade.

Milla Pauline da Silva Ferreira Teles

Doutora em Saúde Coletiva pela Universidade Estadual de Feira de Santana. Pesquisadora do Núcleo de Saúde Coletiva (NUSC) da Universidade Estadual de Feira de Santana.

Paula Oliveira dos Santos

Graduanda em Psicologia da Universidade Federal Fluminense.

Taynara da Glória Martins

Graduada em Psicologia pela Universidade Federal Fluminense.

Tulíola Almeida de Souza Lima

Psicóloga, mestre em Psicologia - Estudos Psicanalíticos - pela UFMG. Especialista em Saúde Mental pela ESP-MG. Doutora em Psicologia pela PUC Minas. Professora do Curso de Especialização em Saúde Mental da PUC Minas.

Thais Lasevicius

Doutoranda em Psicologia pela Universidade Federal Fluminense (UFF). Psicóloga da Secretaria da Administração Penitenciária (SAP) do Estado de São Paulo. Docente da Escola da Administração Penitenciária (EAP/SAP) do Estado de São Paulo.

Thereza Christina Bahia Coelho

Doutora em Saúde Pública pela Universidade Federal da Bahia. Professora Titular Plena da Universidade Estadual de Feira de Santana.

Veronica Lima Santos

Mestra em Saúde Coletiva pela Universidade Estadual de Feira de Santana.

Waleska Batista Fernandes

Mestre em Ciências para a Saúde da Fepecs. Assistente Social da Secretaria de Saúde do DF e Tutora do Programa de Residência em Saúde Mental do Adulto da Fepecs.

Yury Felipe Nascimento Alves

Mestrando em Psicologia pela Universidade Federal Fluminense.

SAÚDE MENTAL & MULTIPLICIDADES

**veredas que abrem
para as insurgências
do contemporâneo**

www.arcoeditores.com
contato@arcoeditores.com
(55)99723-4952